



AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS
FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

124. ÉVFOLYAM 18. SZÁM 1045—1108 OLDAL

BUDAPEST, 1983. MÁJUS 1.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 600,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 12,— FT

conferon®

kapszula HAEMOPOETICUM

ÖSSZETÉTEL: 250 mg ferrum sulfuricum oxydulatum (50 mg elemi vas), 35 mg natrium dioctyl-sulfosuccinicum kapszulánként.

JAVALLATOK: A szervezet bármely okból kialakult vashiányának megszüntetése, illetve megelőzése:

- fokozott vasvesztés: menorrhagia, metrorrhagia, gyomor- és bélvérzések, légúti és húgyúti vérzések, rendszeres véradás, műtéti vérvesztés;
- nagy vasszükséglet: terhesség, szoptatás, a szervezet növekedése, fejlődése;
- elégtelen vasbevitel: csecsemőkor, vasban szegény étrend;
- csökkent vasszívódás: gyomor-resectio utáni állapot, achlorhydria, steatorrhoea, egyéb malabsorptiós szindrómák.

ADAGOLÁS: Átlagos adagja felnőtteknek és serdülőkorúaknak naponta 3×1 kapszula (= 150 mg elemi vas); gyermekeknek 3–6 éves korban 1–2 kapszula (= 50–100 mg elemi vas). 7–12 éves korban 2×1 kapszula (= 100 mg elemi vas) naponta, étkezés után, legalább fél pohár vízzel egészben lenyelve.

Csecsemőknek és kisdedeknek 6 hónapos kortól napi fél–1 kapszula, 2 részletben bevéve. A kapszula tartalmát kevés szirupban (pl. málnaszörpben) vagy kávéskanálnyi gyümölcsízben elkeverjük, és egyszerre a negyedét, ill. felét adjuk be étkezés után. A kezelés időtartama latens (anaemiával nem járó) vashiánybetegségben 8–10 hét, vashiányos vérszegénységben legalább 3–4 hónap.

MELLÉKHATÁSOK: Enyhe gyomor- vagy bélpanaszok (rövid ideig tartó gyomorgödri nyomásérzés, hányinger, hányás, hígabb székürítés vagy székrekedés) előfordulhatnak, és az adag átmeneti csökkentésére rendszerint elmúlnak. A székletet feketére festi.

GYÓGYSZER-KÖLCSONHATÁS: Kerülendő az együtt adása tetraciklinekkel (kelátképződés következtében mind az antibiotikum, mind a vas felszívódása csökken).

MEGJEGYZÉS

Vény nélkül is kiadható.

CSOMAGOLÁS

50 kapszula 5,60 Ft.



CHINOIN BUDAPEST



ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:

ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BRAUN PÁL DR.
ECKHARDT SÁNDOR DR.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
OZSVÁTH KÁROLY DR.
PETRI GÁBOR DR.
PETRÁNYI GYULA DR.
RAK KÁLMÁN DR.

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

PAPP MIKLÓS DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
BTAGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.
BUDA BÉLA DR.
HONTI JÓZSEF DR.
VÉRTES LÁSZLÓ DR.
HIDVÉGI JENŐ

*

124. ÉVFOLYAM

*

18. SZÁM

*

1983. MÁJUS 1.

TARTALOMJEGYZÉK

Domján Lajos dr., Simon László dr.
és Dobó István dr.:

Alkaliás (epe) reflux oesophagitis
különböző típusú gyomorresektiók után 1047

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Czinner Antal dr., Tichy Mária,
Koltai György dr. és Barta Lajos dr.:

A lipid és lipoprotein paraméterek
napszaki ingadozása normális súlyú
és kövér gyermekekben 1051

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Csiky Miklós dr., Ján Huba dr.,
Jávor Péter dr., Káposztás József dr. és
Bujalka Rezső dr.:

Tbc-s bélelváltozások miatt végzett
műtéti eseteink 1055

STATISZTIKAI TANULMÁNYOK

Doszpod József dr., Török Miklós dr.,
Oláh János dr. és Gáti István dr.:

Az intrauterin retardáció gyakorisága
és a perinatalis halálozás 1061

A SZERVEZÉS KÉRDÉSEI

Tarján Jenő dr.:

Kardiológia megyei szinten 1065

A GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Perényi András dr.:

A pszichofarmakonok megvonása után
kialakuló tünetegyüttesek 1073

Varga Lajos dr.:

Az exanthema subitum jelentősége
a körzeti gyermekorvosi gyakorlatban 1077

HORUS

Megemlékezés Julesz Miklós haláláról 1081

120 éve született Apáthy István,
a Stazione Zoologica di Napoliban
legtöbbet kutató, lángeszű orvos-zoológus ... 1083

Folyóiratreferátumok 1089

Hírek 1104

TOBANUM

TABLETTA

ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 5 mg cloranololum hydrochloricumot tartalmaz.

JAVALLATOK

Hipertónia: enyhe és mérsékelt magas vérnyomás esetén önmagában vagy szaluretikummal, mérsékelt és súlyos hipertóniában szaluretikummal, metildopával és/vagy perifériás értágítóval kombinálva; **angina pectoris; különböző szívritmuszavarok;** paroxysmalis supraventricularis tachycardia (a roham megszüntetésére és a paroxysmusok megelőzésére), krónikus pitvarfibrilláció (digitálissal kielégítően nem befolyásolható kamrai frekvencia csökkentésére és más antiaritmiás szerrel, pl. kinidinnel a sinus-ritmus helyreállítására és fenntartására), ventricularis extrasystolia (különösen, ha azt adrenerg izgalom, pl. terhelés vagy digitális-intoxikáció okozza); **esszenciális keringési hyperkinesis; hypertrophiás obstruktív cardiomyopathia; hyperthyreosis:** a thyreostatikus kezelés adjuválsására.

ELLENJAVALLATOK

Abszolút ellenjavallatok: digitálissal és diuretikummal nem kompenzálható keringési elégtelenség (a digitális pozitív inotrop hatását nem függesztheti fel, ezért a keringés kompenzálása után a digitális, ill. a diuretikus terápia folytatása mellett adása nem ellenjavallt), asthma bronchiale, ill. egyéb eredetű súlyos obstruktív légzési elégtelenség, bradycardia (50/min. alatti nyugalmi szívfrekvencia), beteg sinus-csomó szindróma, másod- és harmadfokú atrio-ventricularis block, metabolikus acidózis.

Relatív ellenjavallatok: claudicatio intermittens és Raynaud-szindróma. Elegendő tapasztalat hiányában terheseknek való adása nem javallt.

ADAGOLÁS

Kezdő adagja felnőtteknek naponta 2–3 \times $\frac{1}{2}$ tabl. A betegség súlyosságától függően adagja másod-harmadnaponta emelhető a kívánt hatás eléréséig. Átlagos napi adagja 10–20 mg, maximálisan 45 mg.

MELLÉKHATÁSOK

Leggyakoribb a bradycardia, előfordulhat továbbá keringési elégtelenség, obstruktív légzészavar, claudicatiós panaszok fokozódása, gasztrointesztinális panaszok (nausea,

diarrhoea) központi idegrendszeri tünetek (alvászavar, fejfájás), fáradékonyság, gyengeségérzés. A mellékhatások jelentős része, pl. az álmatlanság, nausea spontán, az adagolás megváltoztatása nélkül megszűnhet. Néhány tünet pl. a bradycardia az adag csökkentésével megszüntethető.

GYÓGYSZER-KÖLCSÖNHATÁSOK

Kombinációs kezelés során az együtt adott egyéb vérnyomáscsökkentő gyógyszerekkel egymás hatását erősítik.

Fokozott óvatossággal adható

– katecholamin depletiót okozó gyógyszerekkel, pl. reserpin, és adrenerg neuronbénítók, pl. guanetidin (bradycardia, ill. hipotenzió veszélye);

– inzulinnal és orális antidiabetikummal (vércukorcsonkító hatása fokozódhat).

FIGYELMEZTETÉS

Tartós Tobanum-kezelés elhagyása – más béta-blokkolókhöz hasonlóan – csak fokozatosan, orvosi ellenőrzés mellett történhet.

Szívelégtelenség, nagyfokú bradycardia vagy bronchusspasmus jelentkezésekor adagolását be kell szüntetni. Keringési elégtelenségben digitális és diuretikum adható; bradycardia esetén 0,5–1 mg atropin, ill. annak hatástalansága esetén béta-receptorizgató (pl. percenként 5 μ g, max. 25 μ g izoprenalin) alkalmazható iv. Obstruktív típusú légzészavarban iv. Diaphyllin és atropin adható.

A Tobanum elsősorban labilis és inzulint igénylő diabetesben, a hypoglykaemiás hajlamot fokozhatja és a hypoglykaemiával járó szimpatikus aktivitás tüneteit elfedheti, ezért a vércukorszint időnkénti ellenőrzése szükséges és az antidiabetikum-adagot adott esetben újra be kell állítani. Kloroform-, éternarkózis alkalmazása esetén a műtét előtti napokban a Tobanum adását fel kell függeszteni. Ha béta-receptorblokkolót szedő beteg általános érzéstelenítése szükséges, lehetőleg csekély inotrop hatású készítményt (halotan, nitrogénoxidul) kell választani.

MEGJEGYZÉS ✱

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS

40 db tabl.

Térítési díj: 7,80 Ft.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR

BUDAPEST

Alkaliás (epe) reflux oesophagitis különböző típusú gyomorresektiók után

Megyei Kórház-Rendelőintézet, Kecskemét
Endoszkópos Osztály (főorvos: Domján Lajos dr.)
Megyei Kórház-Rendelőintézet, Szekszárd
II. Belgyógyászati Osztály (főorvos: Simon László dr.)
Fővárosi Margit Kórház, Sebészeti Osztály (főorvos: Pintér Endre dr.)

A szerzők 1029, korábban gyomorműtéten átesett beteg oesophagoscopus vizsgálata adatainak elemzése alapján elemezték az alkaliás (epe) reflux oesophagitis gyakoriságát különböző típusú gyomorműtétek után. A legtöbb, s leg súlyosabb, gyakran rekonstrukciós műtétet igénylő, stricturához vezető oesophagitist totalis gastrectomia és oesophago-duodenostomia után észlelték. Ezt követte gyakoriság sorrendjében vagotomia és a distalis resectiók. Nem észleltek különbséget az oesophagitis gyakoriságában Billroth I. és Billroth II. típusú gyomorresektió után. Soha nem láttak oesophagitist, ha a műtétet Roux-anastomosissal egészítették ki. A Roux-anastomosis gátolja a refluxot, s ez által kivédi a következményes oesophagitist. Az oesophagitis esetek többsége már az első évben észlelésre került, s ebből arra következtetnek, hogy az oesophagitis kialakulásában döntő szerepe van a korai postoperatív szakban alkalmazott kezelésnek, elsősorban a nasogastrikus szonda hosszú ideig történő alkalmazásának.

Alkaline (bile) reflux esophagitis following different types of gastric resections. Analysing the data of esophagoscopic examinations of 1029 persons who underwent earlier gastric operations the incidence of alkaline (bile) reflux esophagitis was determined after different types of gastric operations. The highest number of esophagitis cases which were the gravest, required often reconstructural operation and led to stricture were observed after total gastrectomy and esophago-duodenostomy. In the order of incidence this was followed by vagotomy and distal resection. No difference was observed in the incidence rate of esophagitis after Billroth I. and Billroth II. type gastric resection. Esophagitis was never found if the operation was completed by Roux anastomosis. Roux anastomosis inhibits the reflux and prevents thus the esophagitis aftermaths. The majority of the esophagitis cases were detected as soon as in the first year which indicated that the treatment in the early postoperative phase, firstly the long-lasting use of nasogastric probe might have a decisive role in the development of esophagitis.

Korábbi ismereteink szerint a reflux oesophagitis kizárólag sav-pepsin emésztő hatás eredménye, s kialakulásában elsődleges szerepe van a hiatus herniának (1, 18). Horváth és mtsai (11) 1979-ben megjelent tanulmányukban 35 operált betegük kórtörténetének elemzése és irodalmi adatok alapján ismertették az „atípusos (nem hiatus hernia következtében kialakult) pepticus nyelőcső stricturák” aetiológiáját és pathomechanizmusát. A kiváltó okok között kiemelték a gyomorresektiók szerepét; és felhívták a figyelmet arra, hogy az esetek száma a jövőben várhatóan emelkedni fog éppen a „gyakoribbá váló postoperatív stricturák révén”.

Munkánk célja annak tanulmányozása, hogy milyen összefüggés található a gyomorműtétek típusa és a műtét után kialakult ún. „alkaliás (epe) reflux oesophagitis” (15) között. Erről a kórképről beszélünk azokban az esetekben, amikor az oesophagitis nem savat és pepsint tartalmazó gyomornedv, hanem epét és/vagy pancreas nedvet tartalmazó — esetleg gyomornedvvel keveredett — intestinalis nedv regurgitációjának következménye.

Betegek, módszer, eredmények

Retrospektíve átvizsgáltuk az elmúlt 10 évben endoszkopizált mintegy 30 000 beteg közel 56 000 vizsgálatának leletét és annak az 1029 betegnek az adatait elemeztük, akiket korábban gyomorműtétet végeztek.

Adataink értékeléséhez érdektelen a betegek kor és nem szerinti megoszlása, s hasonlóan nincs jelentősége a sebészi indikáció alapját képező alapbetegségnek sem. Táblázatban feltüntettük ugyan az általunk megfigyelt postoperatív? hiatus herniákat, nem bizonyos azonban, hogy azok mindegyike műtéti szövődményként értékelhető, mivel az esetek egy részében előttünk ismeretlen volt a műtét előtti állapot (pl. korábban is fennálló hiatus hernia?). A betegek több, különböző intézetből kerültek hozzánk vizsgálatra, s a műtét előtt esetleg elvégzett endoszkópos vizsgálat eredménye gyakran nem állt rendelkezésünkre.

Az alkaliás (epe) reflux oesophagitis diagnózisát akkor mondtuk ki, ha 1. az oesophagoscopus vizsgálat során folyamatos epe refluxot észleltünk (16); a beteg refluxra jellemző klinikai panaszokat említett (substernalis pyrosis, helyzetváltozást követő regurgitáció stb.); s 3. endoszkópos vizsgálattal és/vagy biopsiával oesophagitist kórisméztünk. Endoszkópos vizsgálattal az oesophagitis 4 stádiumát különítettük el:

1. st.: a nyelőcső distalis harmadában a nyálkahártyán hosszanti hyperaemiás csíkok; 2. st.: érintésre vérző, sérülékeny nyálkahártya, erosiók, kis fekélyek, 3. st.: kifejezett gyulladás-oedema, spontán vérzés, nagyobb, mély fekélyek; 4. st.: strictura.

Tapasztalatainkat az 1. táblázatban összegeztük. A legnagyobb számú és legsúlyosabb — gyakran stricturához vezető és műtéti megoldást igénylő — oesophagitist total gastrectomia (oesophago-duodenostomia) után észleltük. Meglepően nagy számban, illetve százalékban találtuk vagotomia után. Ezeket követték — közel azonos arányban — a nálunk leggyakoribb két műtéti típus, a Billroth I. és Billroth II. resectiók. Egyszer sem láttunk oesophagitist — még total gastrectomia után sem — ha műtét során Roux-anastomosist is készítettek. Érdekes, hogy cardia rekonstrukciós műtét (pl. op. sec. Belsey) után is tapasztaltunk reflux oesophagitist.

A betegek adatait tovább elemezve a gyomorműtét, valamint az alkaliás (epe) reflux oesophagitis észlelése között eltelt idő (évek) alapján (2. táblázat) azt tapasztaltuk, hogy az oesophagitisek többsége, elsősorban a súlyosabb esetek, már a műtétet követő első évben felismerésre kerültek.

Megbeszélés

A sósavat és pepsint tartalmazó gyomornedv regurgitációjának szerepe a pepticus oesophagitisek pathogenesisében régóta ismert (1, 18). Az utóbbi években azonban több experimentális (6, 7, 13, 14, 15) és klinikai tanulmány (5, 9, 10, 12, 18, 19, 20, 22, 23) bizonyította, hogy az epe és/vagy pancreasnedv szintén corrosiv hatású és súlyos, gyakran műtéti megoldást igénylő gyulladást-stricturát okoz(hat) a nyelőcsőben. Ez magyarázza a nem hiatus herniához társuló ún. atípusos aetiológiájú pepticus oesophagus stricturák között a gyomorműtétek aetiológiai szerepét és az elsősorban resectiós műtétek után tapasztalt alkaliás (epe) reflux oesophagitisek jelentős gyakoriságát.

Saját tapasztalataink — más szerzők észleléseivel megegyezően — azt bizonyítják, hogy a totalis, vagy subtotalis gastrectomiákat követő alkaliás

(epe) reflux oesophagitis jól körülírt klinikai entitás. Korábbi vélemények szerint csupán a nyelőcső distalis szakaszán végzett műtétek, illetve cardia resectiók után, azaz proximalis resectiót követően kialakuló szövődmény. Az utóbbi években vált ismertté, hogy a distalis gyomorresectió is alkaliás refluxszal jár, következésképpen postoperatív alkaliás (epe) reflux oesophagitist okozhat. Ilyenkor kétségtelenül többnyire kevert (sósav-pepsin, epe, pancreas nedv) refluxról van szó, úgy mint pl. GEA után az esetek egy részében, vagy cardia rekonstrukciós műtétet követően. Az epe és/vagy pancreas nedv corrosiót fokozó szerepe (7, 10, 19, 23) azonban ezekben az esetekben is döntő. Ami a distalis gyomorresectiók után kialakult alkaliás (epe) reflux oesophagitis gyakoriságát illeti, egyes szerzők különbséget találtak a különböző műtéti típusok után. Windsor (23) pl. 61 beteget követett a műtét után 1—12 évig, s Billroth I. típusú resectiók után 50, Billroth II. műtét után 27%-ban észlelte. Mások, mint pl. Horváth és mtsai (11) nem találtak ilyen eltérést. Saját anyagunkban sincs szignifikáns különbség a két műtéti típus között (22,3%, ill. 25,4%) 184, ill. 523 beteg vizsgálata alapján. A minimális eltérés a két műtéti típus gyakoriságában meglevő különbséggel magyarázható. Megjegyzendő azonban, hogy az adatok éppen, mivel nem prospektív, hanem retrospektív tanulmányról van szó, nem biztos, hogy a valós adatokat tükrözik.

Meglepően magas százalékban észleltünk alkaliás (epe) reflux oesophagitist vagotomiák után (drainage műtéttel, vagy anélkül), noha korábban a vagotomiát követő oesophagitist a kivételes szövődmények közé sorolták (11). Bár az általunk vizsgált esetek kis száma távolabbi következtetések levonását nem teszi lehetővé. Talán nem érdektelen, hogy proximális szelektív vagotomia után — bár ebben a kisszámú esetben drainage műtét is történt — jóval kisebb százalékban észleltük (25,0%, szemben a 45,4%-kal). Nem vagyunk hivatottak állást foglalni azzal kapcsolatban, hogy a jelentős eltérés a két műtéti típus (truncalis, illetve proximális szelektív vagotomia), vagy az egyidejűleg minden esetben végzett Jaboulay-féle pylorus plastica jó effektusának tudható be. Nagyszámú ese-

1. táblázat

Műtét típusa	Betegek száma	Reflex No	Postop. hiatus hernia	Oesophagitis stadiumai				Oesophagitis	
				I.	II.	III.	Strict.	No	%
Billroth I.	184	41	49	14	18	9	—	41	22,3
Billroth II.	523	178	178	55	38	31	11	135	25,4
Billroth II.+Roux anast.	74	—	—	—	—	—	—	—	—
Oesophagojeuno-gastrostomia+Roux anast.	22	—	—	—	—	—	—	—	—
Total gastrectomia	56	35	—	—	12	10	13	35	62,6!
Total gastrectomia+Roux anast	41	—	—	—	—	—	—	—	—
Truncalis vagotomia	44	21	—	9	11	—	—	20	45,4!
Proximalis szelektív vagotomia+Jaboulay f. pylorus plast	12	7	—	2	1	—	—	3	25,0
GEA	41	13	7	3	4	—	—	7	17,0
Belsey f. cardia rek. utáni áll.	32	3	2	1	1	—	—	2	6,1
Összesen	1029	298	236	84	85	50	24	243	23,6

2. táblázat

Műtét típusa	Oesophagitis kórismézése . . . évvel a műtét után	Betegek száma	O E S O P H A G I T I S stadiumai				Műtési megoldásra szorult beteg No
			I.	II.	III.	Strict.	
BILLROTH I.	0—1	32	5	5	9	—	3
	1—5	56	3	8	—	—	—
	5	96	6	5	—	—	—
	össz.:	184	14	18	9	—	3
BILLROTH II.	0—1	163	18	26	22	7!	8
	1—5	144	18	12	8	3!	4
	5	216	15	4	1	1	1
	össz.:	523	55	38	31	11	13
TOTAL GASTRECTOMIA	0—1	33	—	10	6!	9!	7!
	1—5	23	—	2	4!	4!	2!
	5	—	—	—	—	—	—
	össz.:	56	—	12	10!	13!	9!
TOTAL GASTRECTOMIA Roux anast.	0—1	31	—	—	—	—	—
	1—5	9	—	—	—	—	—
	5	1	—	—	—	—	—
	össz.:	41	—	—	—	—	—

tünk elemzése alapján igazoltnak érezzük más szerzők azon feltevését, hogy nem csupán a műtét nem, hanem egyéb tényezők is szerepet játszhatnak a postoperatív alkaliás (epe) reflux oesophagitis kialakulásában. A műtét által megváltozott anatómiai viszonyok (így pl. a cardia felfüggesztésének, a His-szögnek megváltozása stb.) mellett egyéb tényezőknek is szerepe van.

Számos szerző említi a sphincter tónusának csökkentését, a gastrin termelés fokozódását mint aetiológiai faktort (11).

A 2. táblázat elemzése fontos kérdésekre enged következtetni. Az a tény, hogy az oesophagitis rendszerint olyan panaszokkal jár, amelyek miatt a betegek többsége többnyire késedelem nélkül orvoshoz fordul, jogossá teszi azt a feltevést, hogy az oesophagitis kezdete, azaz a panaszok jelentkezése és a kórkép felismerése-kórismézése közel azonos időpontra tehető. Mivel pedig az esetek többsége már a műtét utáni első évben észlelésre került, szinte biztosra vehető, hogy az oesophagitis már kevéssel a műtét után kialakult. Éppen ezért jelentős szerepet tulajdonítunk a korai postoperatív szakban alkalmazott kezelésnek (hosszan tartó fekvő helyzet, gyomor atonia, pylorus oedema, stb., amelyek megkönnyítik a reflux kialakulását). Kiemelt fontosságú a nasogastricus szonda hosszan tartó alkalmazása, ami fokozza a refluxot részben helyi irritáló hatása, részben a cardia záródásának megakadályozása miatt. A hosszú ideig alkalmazott nasogastrikus szonda jelentőségét támasztja alá a következő esetismertetés:

41 éves férfitbeteg masszív gastrointestinalis vérzés miatt került felvételre kivérzett állapotban. Urgens endoszkópos vizsgálatot végeztünk és többszörös, mély penetráló fekélyeket láttunk a kifejezetten deformált, heges, megrövidült bulbóban. Hiatus herniát, oesophagist nem láttunk. Műtétet végeztek Billroth II. szerint. A postoperatív szakban több mint 96 órán keresztül kényyszerültek nasogastrikus szonda alkalmazására. A 8.

postoperatív napon ismételt haematemesis miatt újra urgens endoszkópos vizsgálatra került sor. Ekkor meglepetéssel láttuk az igen súlyos, fekélyes, vérző oesophagist és postoperatív hiatus herniát. 6 héttel később! teljes nyelésképtelenség miatt, melyet a cérvékonyaságúra beszűkült distalis nyelőcsőszakasz okozott, rekonstrukciós műtetre került sor (Szegedi OTE, I. Sebészeti Klinika), ahol elvégezték a beszűkült nyelőcsőszakasz resectióját. A folytonosságot isoperistalticus jejeunummal, oesophago-jejuno gastrostomia útján állították helyre és a reflux megakadályozására Roux-anastomosist készítettek.

A rendkívül gyorsan kialakult strictura megerősíti az egyéni szöveti reakciókészséggel kapcsolatban felfételezetteket is (11).

Anyagunkban — más szerzők tapasztalataival megegyezően azt találtuk, hogy a leggyakoribb és legsúlyosabb, nagyszámú stricturához vezető alkaliás (epe) reflux oesophagitis total gastrectomia, oesophago-duodenostomia után alakult ki (62,6% — 35 az 56 esetből —). Egyszer sem észleltünk azonban oesophagist — még total gastrectomia után sem — ha az eredeti műtét során Roux-anastomosist is készítettek. Az a véleményünk, hogy a Roux-anastomosis megakadályozza a refluxot, s így az oesophagitis kifejlődését.

A már kialakult strictura kezelésében is döntő jelentősége van a szűkült nyelőcsőszakasz resectiója és pótlása mellett a reflux gátló Roux-anastomosisnak (1, 2, 4, 8, 10, 11, 19, 21). A hagyományos, csupán a cardia működést helyreállító műtétek (17) és tágitókezelés magát a refluxot nem gátolják (11).

Nagyszámú betegünk vizsgálati eredményeinek elemzése alapján a kérdéssel kapcsolatos ismereteinket és véleményünket az alábbiakban foglaljuk össze:

1. Az alkaliás (epe) reflux oesophagitis jól körülírt klinikai entitás, amely létrejöhet distalis gyomorresektiók után is.
2. Az aetiológiai tényezők között jelentősége van a következőknek:
 - a) a műtét típusa,

- b) a korai postoperatív szakban alkalmazott ápolás (testhelyzet, nasogastrikus szonda hosszas alkalmazása stb., hogy csak a legfontosabbakat említsük).
- c) egyéni szöveti reakciókészség.
3. Roux-anastomosis alkalmazásával (az eredeti műtét során) az oesophagitis kivédhető.
4. Az alkaliás (epe) reflux oesophagitis stric-turával vagy anélkül rekonstrukciós mű-téttel gyógyítható, illetve megfelelő műtét-tel kedvezően befolyásolhatók.

IRODALOM: 1. Allison, P. R.: Thorax. 1948, 3, 20. — 2. Belsey, R.: J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1965, 49, 33. — 3. Belsey, R.: J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1966, 52, 164. — 4. Cenni, L. J. és mtsai: J. Kans. M. Soc., 1966, 67, 421. — 5. Cole, G. J.: Hop. Med., 1968, 2, 1321.

— 6. Cross, F. S., Wangenstein, O. H.: Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 1951, 77, 862. — 7. Gillison, E. W. és mtsai: Surg. Gynec. Obstet., 1972, 134, 419. — 8. Harrington, J. L., Mody, B.: Ann. Surg., 1976, 183, 636. — 9. Helsing, N. Jr.: Acta Chir. Scand. Suppl. 1966, 356, 96. — 10. Holt, C. J., Large, A. M.: Ann. Surg., 1961, 153, 55. — 11. Horváth Ö. és mtsai: Orv. Hetil. 1979, 120, 1365. — 12. Kelly, W. D. és mtsai: Surgery, 1954, 35, 964. — 13. Lambert, R.: Amer. J. Dig. Dis., 1962, 1, 1026. — 14. Levrat, M. és mtsai: Amer. J. Dig. Dis., 1962, 7, 564. — 15. Moffat, R. C., Berkas, E. M.: Arch. Surg., 1965, 91, 963. — 16. Morrissey, J. F.: South. Med. J. Suppl., 1978, 71, 1. — 17. Nissen, R.: Münch. med. Wschr., 1958, 100, 1108. — 18. Palmer, E. D.: Amer. J. Med., 1968, 44, 566. — 19. Payne, W. S.: Mayo Clin. Proc., 1970, 48, 553. — 20. Ripley, A. R. és mtsai: Surgery, 1952, 32, 1. — 21. Royston, C. M. S. és mtsai: Brit. J. Surg., 1975, 62, 605. — 22. Wells, C. A., Kyle, J.: Peptic Ulceration, Livingstone, Edinburgh, London. 1960. pp. 139. — 23. Windsor, C. W. C.: Brit. med. J., 1964, 2, 1233.

AZAXAZIN

tabletta

Antidepressívum

ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 25 mg 2-(4-metil-1-piperazinil)-10-metil-3,4-diafenoazin-dihidrokloridot tartalmaz.

HATÁS

Hatásának jellegében az imipraminhoz hasonlít. Más antidepresszív szerektől (imipramin, nialamid) eltérően az Azaxazin nem okoz excitációt és álmatlanságot. Enyhe szedatív hatásával javítja az alvást. A vegetatív idegrendszerre nincs lényeges hatása.

JAVALLATOK

Különböző eredetű enyhe depressziók kezelése, cyclophreniás, astheniás, szomatogén depresszió és anxiétás. Motoros izgalommal vagy érzéksalódással nem járó más eredetű depressziós állapotok. Schizophreniában, más szerekkel (neuroleptikumok, inzulin) együttesen alkalmazható. Tartós neuroleptikum-adagolás esetén fellépő depressziók kezelése.

Jó tolerálhatósága következtében alkalmas súlyos szomatikus betegségekben szenvedő, valamint idősebb betegek kezelésére is.

Ambuláns betegek kezelésére is használható.

Alvászavarokkal járó súlyos depressziókban egyéb antidepresszívumokkal kombináltan adagolható.

ADAGOLÁS

Kezdő adag 25–50 mg (1–2 tabletta); ez naponta 25–50 mg-mal növelhető. Optimális napi adag: 150–200 mg (6–8 tabletta).

Maximális napi adag: 400–500 mg.

Kezelés időtartama: egyéni; átlagosan 1–1,5 hónap.

A fenntartó terápiát napi 25–75 mg (1–3 tabletta) alkalmazásával – szükség esetén 1 évig – szünetek közbeiktatása nélkül lehet folytatni. Szedatív hatása miatt este is adagolható.

MELLÉKHATÁSOK

Fejfájás, émelygés, hányás fordulhat elő. Az adag csökkentésével ezek a tünetek megszűnnek.

GYÓGYSZER-KÖLCSONHATÁS

Monoaminooxidáz-bénítókcal együtt nem adható.

FIGYELMEZTETÉS

Azaxazin-kezelés csak 1–2 héttel a monoaminooxidáz-gátlókkal végzett terápia befejezése után kezdhető meg.

RENDELHETŐSÉG

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető. Az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, illetve szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

CSOMAGOLÁS

50 tabletta (0,025 g)

TÉRÍTÉSI DÍJ

4,50 Ft.

Forgalomba hozza:

GYÓGYÉRT



Információ: MEDEXPORT Iroda,
Budapest, Balassi Bálint u. 25. 1055
Tel.: 122-867, 316-531

Exportálja: V/O „MEDEXPORT” USSR, Moszkva

CZINNER ANTAL DR.,
TICHY MARIA,
KOLTAI GYÖRGY DR.
ÉS BARTA LAJOS DR.

A lipid és lipoprotein paraméterek napszaki ingadozása normális súlyú és kövér gyermekekben

Semmelweis Orvostudományi Egyetem I. Gyermekklinika (igazgató: Miltényi Miklós dr.)

A szerzők normális súlyú és magas zsírszázalékú gyermekekben (30% felett) 6, 12, 18 és 24 órás időpontokban levett vérminták, koleszterin, HDL-koleszterin, összcholesterin/HDL-koleszterin, triglycerid, FFA* koncentrációinak átlagát vizsgálják. A HDL-koleszterinen kívül valamennyi érték a kövér csoportban a vizsgálati időpontokban magasabbnak bizonyult. A legjelentősebb eltérést az FFA-ban találták, ahol kövérekben közel kétszer magasabb FFA szinteket mértek. A HDL-koleszterin koncentráció a normális súlyúakban magasabb. Az összcholesterin/HDL-koleszterin arány kövérekben az éjjel folyamán szignifikánsan magasabb, míg normális súlyú gyermekekben a hányados értéke gyakorlatilag valamennyi időpontban azonos. Az ismertetett napszaki lipid és lipoprotein paraméterek angiológiai szempontból kövér gyermekekben kedvezőtlen feltételeket teremthetnek.

* (Free Fatty Acid)

A lipid és lipoprotein paraméterek korrekt megítélése alapfeltétele a hyperlipoproteinaemiák pontos diagnózisának. Közismert kritérium ugyanakkor, hogy a vérmintát 12 órás éhezést követően, lehetőleg kalóriagyensúly állapotában vegyünk le. Ajánlatos, hogy a beteg a vérvétel előtt semmiféle gyógyszeres (elsősorban antilipaemiás, thiazid, Di-phe-dan, ill. steroid hormonok stb.) kezelésben ne részesüljön. A vizsgálat alkalmából pedig természetesen ismernünk kell a beteg nemét, korát, testsúlyát, etnikai hovatartozását, étkezési szokásait (1, 4, 12).

Ugyanakkor tudnunk kell, hogy a rendszerint reggeli, éhgyomri vérminta a szó szoros értelmében csak egyetlen minta, mert a betegben a napszaki ingadozás jelentősen megváltoztatja a lipid értékeket (7). A napszakok alatt, az étkezés által befolyásolt postprandiális és postadsorptív ciklusok (10), a napszaki hormonális (inzulin, glukagon, steroid stb.) hatások (7), sőt a fizikai aktivitás (HDL-koleszterin — High density lipoprotein) is jelentős ingadozásokat okoznak. Ezeket a cirkadian hatások

Changes of the lipid and lipoprotein parameters according to the parts of the day in children with normal- and excess weight. Blood samples were taken from children with normal weight and high fat percentage (over 30%) at 6-, 12-, 18- and 24-hour intervals and the average concentrations of cholesterol, HDL-cholesterol, total cholesterol/HDL-cholesterol, triglyceride and FFA were determined. Except for the HDL-cholesterol each value was found to be higher in the group of obese children. FFA level showed the most significant difference its value being the double in obese children. The HDL-cholesterol concentration was higher in children of normal weight. The proportion of total cholesterol/HDL-cholesterol was significantly higher at night in obese children whereas this quotient was practically identical in each part of the day in children of normal weight. Changes of the lipid and lipoprotein values in different parts of the day observed in obese children may be considered unfavourable from the viewpoint of angiology.

kon kívül, szezonális ingadozás is ismeretes. A nyál alatt a legalacsonyabb a zsírszövet lipoproteinlipase aktivitása és ez télen magasabb, nyáron alacsonyabb zsírértéket eredményez.

Mindezen tényezők — és még számos egyéb faktor is — alakítják ki a szervezet napszaki lipid profilját. Jelen vizsgálat sorozatban arra voltunk kíváncsiak, hogy normális súlyú és kövér gyermekek napszaki lipid és lipoprotein profilja mutat-e különbséget, különös tekintettel a vérzsírok angiológiai jelentőségére.

Betegek és módszer

A vizsgálatokat 1981. március és április folyamán végeztük. A vizsgálatokra a felvételt követő 2—3. napra került sor. A gyermekek között primer hyperlipoproteinaemiában szenvedő nem volt, illetve a kövér gyermekek anamnézisében a kövérségen kívül semmiféle szekunder zsírsanyagcsere-zavart indukáló primer megbetegedés nem szerepelt.

12, nem endokrin eredetű kövér gyermeket (3 leányt, 9 fiút) vizsgáltunk. Átlag életkoruk $13,2 \pm 1,24$ volt. A 10 normális súlyú gyermek (2 leány, 8 fiú) átlag életkora: $13,6 \pm 1,67$ év. A két csoport a vizsgálat alatt 10,5 MJ étrenden volt (80 g fehérje, 300 g szénhidrát, 100 g zsír). Az étkezések időpontja 06, 12, 18

1. táblázat. A serum koleszterin átlagértékei normális súlyú és kövér gyermekekben

	0600	1200	1800	2400
Normál n 10	4,49±1,10	4,47±1,10	4,46±1,06	4,17±0,99
Kövér n 12	5,23±1,18	5,36±1,22	5,23±1,53	5,14±1,26

Az egységeket mmol/l-ben adtuk meg

2. táblázat. A HDL-koleszterin átlagértékei normális súlyú és kövér gyermekekben

	0600	1200	1800	2400
Normál n 10	1,29±0,32	1,31±0,33	1,31±0,33	1,21±0,33
Kövér n 12	1,29±0,39	1,28±0,41	1,31±0,37	1,16±0,43

Az egységeket mmol/l-ben adtuk meg.

óra. A vérmintavétel időpontjai minden esetben az étkezések előtt 06.00, 12.00, 18.00, ill. 24.00-kor volt. A gyermekekben a 24 órás vizsgálati periódusban semmiféle egyéb diagnosztikus és terápiás beavatkozás nem történt, életmódjukat, mozgásukat az osztályon nem korlátoztuk.

A gyermekeknek 06.00, 12.00, 18.00, 24.00 órakor levett natív és heparinos vérmintákat a következő metodikával dolgoztuk fel: koleszterin és HDL-koleszterin enzimátikus módszerrel, triglyceridet Laurell szerint, a szabad zsírsavat (a továbbiakban FFA — Free Fatty Acid) Dole szerint. A 06.00-kor levett vérminták agar-gel lipoid elfojának segítségével az esetleges hyperlipoproteinaemiás gyermekeket kizártuk.

A kövérség korrekt diagnózisa antropometriai módszerrel történt. Holtain-caliperrel a test jobb oldalán 5 ponton (biceps, triceps, subscapular, suprailiacalis és lábikra) megmért bőrredőkből Parižková és Roth szerint zsírszázalékot számoltunk (8). Valamennyi kövér gyermek zsírszázaléka 30% felett volt.

Eredmények

A serum koleszterin értéke (1. táblázat) kövér gyermekekben valamennyi alkalommal magasabb volt (nem szignifikáns), mint a normális súlyúakban. A napszaki változás iránya mindkét vizsgálati csoportban megegyezik. A 06.00 és a 24.00 értékek összehasonlításakor mind a kövérekben ($p < 0,05$), mind a normális súlyúakban ($p < 0,001$) szignifikáns csökkenést találtunk.

A HDL-koleszterin értékei (2. táblázat) mindkét csoportban 06.00-kor azonosak, sőt a 12.00 és a

18.00 értékek sem mutatnak lényegi eltérést. A HDL-koleszterin koncentrációja 24.00-kor süllyedt a minimumra mindkét csoportban. A 06.00 és a 24.00 értékek között a normális súlyúakban a csökkenés csak tendencia jellegű, míg kövérekben kifejezettebb ($p < 0,01$).

Az összcholesterin/HDL-koleszterin arány értéke (3. táblázat) kövér gyermekekben valamennyi időszakban magasabb (nem szignifikáns). A hányados értéke normál gyermekekben gyakorlatilag valamennyi időpontban áll, míg a kövér csoportban a 18.00 és a 24.00 időpontokat figyelembe véve szignifikánsan emelkedik ($p < 0,05$).

A triglycerid (4. táblázat) 06.00-s értéke a kövér gyermekekben magasabb (nem szignifikáns). A 06.00-s értékhez viszonyítva mindkét csoportban 12.00-kor észleltük a legmagasabb koncentrációkat ($p < 0,05$), majd az értékek 24.00-ra csökkentek.

A FF koncentrációk (5. táblázat) minden időpontban közel kétszer magasabbak ($p < 0,001$) kövérekben a normális súlyú kontrollokhoz képest. Mindkét csoportban az értékek az esti órákban (18.00, 24.00) érik el a minimumot ($p < 0,001$).

Megbeszélés

A lipoprotein anyagcsere-betegségek közismerten kardiovaszkuláris kórképeket okozhatnak. Ezért

3. táblázat. Az összcholesterin / HDL-koleszterin hányados átlagértékei normális súlyú és kövér gyermekekben

	0600	1200	1800	2400
Normál n 10	3,60±1,03	3,55±1,13	3,54±1,02	3,50±0,88
Kövér n 12	4,43±1,36	4,42±1,40	4,16±1,57	4,60±1,51

Az egységeket mmol/l-ben adtuk meg.

4. táblázat. **A triglycerid átlagértékei normális súlyú és kövér gyermekekben**

	0600	1200	1800	2400
Normál n 10	1,13±0,38	1,68±1,00	1,49±0,74	1,23±0,86
Kövér n 12	1,40±0,74	1,62±0,99	1,56±1,06	1,46±0,81

Az egységeket mmol/l-ben adtuk meg.

5. táblázat. **Az FFA átlagértékei normális súlyú és kövér gyermekekben**

	0600	1200	1800	2400
Normál n 10	0,344±0,094	0,284±0,099	0,291±0,132	0,255±0,077
Kövér n 12	0,608±0,176	0,516±0,160	0,439±0,132	0,467±0,123

Az egységeket mmol/l-ben adtuk meg

az utóbbi években szinte már áttekinthetetlenül nagy azoknak a közleményeknek a száma, melyek a kérdés különböző vetületeit tárgyalják (1, 2, 3, 4, 5, 6, 11, 12).

Természetesen tudnunk kell, hogy a lipid és lipoprotein paraméterek napközben ingadoznak és korrekt diagnózisra csak a 12 órás szigorú éhezést követő vérminta alkalmas. Végső soron azonban a napközben változó, számos tényező által befolyásolt lipid és lipoprotein felelős a kóros állapot kialakulásáért. Ezért nem érdektelen, ha kardiovaszkuláris betegségekre eleve predesztinált, kövér gyermekek cirkadian ingadozását ismerjük és ezt normális súlyú gyermekekhez hasonlítjuk.

Mint az eredményekből látható, a napszaki változások iránya, a HDL-cholesterint kivéve, mindkét csoportban azonosak. A koleszterin, triglycerid és az FFA koncentrációk értékei minden időpontban magasabbak kövér gyermekekben, mint a normális súlyúakban. A legkifejezettebb a különbség az FFA tekintetében, ahol valamennyi lement koncentráció közel kétszer magasabb a kövér csoportban. Hasonló eredményeket közölnek *P. De Gasquet és mtsai* magas zsírtartalmú diétán tartott patkányokon normál étrendű állatcsoporthoz hasonlító diurnális vizsgálat sorozataikban (7). A FFA értékek alakulásában az inzulin hatásnak döntő szerepe lehet.

A triglycerid koncentrációk erős emelkedése az első étkezést követő 6 órában, csúcsertéssel a 2–4 óra között ismert. További étkezés a triglycerid emelkedését már kevésbé befolyásolja (10).

A koleszterin és HDL-cholesterin értékei az éjszaka folyamán csökkennek, valószínűleg az ugyan-csak csökkenő fizikai aktivitás következtében. Az összcholesterin/HDL-cholesterin hányadosának értéke azonban normális súlyú gyermekekben gyakorlatilag nem változik, míg kövér gyermekekben egyrészről valamennyi napszaki érték magasabb, más-

részről a hányados értéke az éjjel folyamán emelkedik.

Mint látható, a kövér gyermekek napszaki magasabb koleszterin, triglycerid és FFA, valamint alacsonyabb HDL-cholesterin értékei kedvezőtlen angiológiai körülményt teremthetnek. Külön kiemelni azt, hogy a normális súlyú gyermekek összcholesterin/HDL-cholesterin hányadosa napközben gyakorlatilag alacsonyabb értéken áll, míg kövér gyermekekben magasabb szintet ér el és értéke napközben változó.

Ezzel összhangban áll az a megfigyelésünk, hogy magas zsírszázalékú gyermekek között több hypertóniás beteget találtunk (6). Ezt a tényt számos statisztikai és ezen ismeret talajáról indított screening program is támogatja (2, 3, 4).

Másrésről, vizsgálataink aláhúzzák annak jelentőségét, hogy a kövér gyermekek kezelésében a fizikai munkavégzőképesség emelésével, növelnünk kell a HDL-cholesterin szintet, illetve megfelelő rostos diétával csökkentenünk kell a serum zsírszinteket (9). Mindezen terápiás tevékenységünket pedig a lipid és lipoprotein koncentrációk nyomon követésével végezzük.

IRODALOM: 1. G. E. Andersen és mtsai: Acta Paediatr. Scand. 1979, 68, 165. — 2. G. E. Andersen és mtsai: Acta Paediatr. Scand. 1979, 68, 541. — 3. G. E. Andersen és mtsai: Acta Paediatr. Scand. 1981, 70, 843. — 4. B. Christensen és mtsai: Pediatr. Res. 1980, 14, 134. — 5. B. Czerny: Kinderärztl. Praxis. 1978, 46, 562. — 6. Czinzer A. és mtsai: III. Jugoslav Symposium of Hyperlipoproteinaemia. 1981. Novisad. — 7. P. De Gasquet és mtsai: The J. of Nutr. 1977, 107, 199. — 8. Parizková, J., Roth, Z.: Hum. Biol. 1972, 44, 613. — 9. M. Penna és mtsai: Anthropol. Köz. 1980, 24, 179. — 10. Pucsek J.: Kandidátusi értekezés. 1974. — 11. Schramm, A. és mtsai: Z. Allg. Med. 1980, 56, 437. — 12. H. Wieland: Klin. Wochenschr. 1981, 59, 1021.

KLION

tabletta,
hüvelykúp

ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 0,25 g metronidazolum-ot, 1 hüvelykúp 0,5 g metronidazolum-ot tartalmaz.

JAVALLAT

Férfi és női húgy-ivarszervi *Trichomonas infestatio*. *Giardia lamblia* fertőzések. Stomatitis ulcerosa. *Entamoeba histolytica*.

ADAGOLÁS

*Trichomoniasis*ban reggel-este 1–1 tabletta 10 napon keresztül. Nők egyidejűleg 10 napon keresztül 1–1 kúpot is helyezzenek fel magasan a hüvelybe.

Giardia lamblia fertőzésben 2 × 1 tabletta, 5 napon át. *Entamoeba histolytica* esetén 3 × 2 tabletta, 10 napon át.

Stomatitis ulcerosában 2 × 1 tabletta 3–5 napon át. Gyermekeknek 0–1 éves korig naponta 1/2 tabletta, 2–4

éves korig naponta 2 tabletta 5 napon át, étkezés után, 2 részre osztva.

Entamoeba histolytica esetén naponta 2 × 1 tabletta.

MELLÉKHATÁSOK

Ritkán fejfájás, keserű szájíz, bevont nyelv, enyhe hányinger, olykor hasmenés mutatkozhat. Ezek a tünetek a kúra befejezése után maguktól megszűnnek.

A Klion – mint nitroderivatum – enyhe leukopeniát is okozhat, ezért főként a 10 napos kúra esetén ajánlatos a vérkép ellenőrzése.

FIGYELMEZTETÉS

A terhesség első három hónapjában ne adjuk!

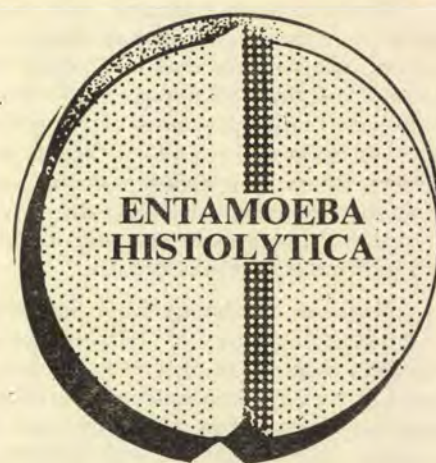
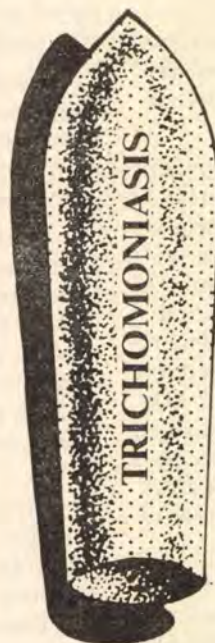
MEGJEGYZÉS

✱ Csak vényre adható ki, és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS

20 tabletta, térítési díj 6,60 Ft

10 kúp, térítési díj 7,50 Ft



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

CSIKY MIKLÓS DR.,
JÁN HUBA DR.,
JÁVOR PÉTER DR.,
KAPOSZTÁS JÓZSEF DR.
ÉS BUJALKA REZSŐ DR.

Tbc-s bélelváltozások miatt végzett műtéti eseteink

Megyei Kórház-Rendelőintézet, Salgótarján
Általános Sebészet (oszt. vez. Csiky Miklós dr.)
Pathológiai Osztály (oszt. vez.: Bujalka Rezső dr.)
Városi Kórház-Rendelőintézet, Balassagyarmat, II. Sebészeti Osztály
(oszt. vez.: Ján Huba dr.)
Megyei Kórház-Rendelőintézet, II. Pásztó, Sebészeti Osztály
(oszt. vez.: Kaposztás József dr.)

A szerzők Nógrád megye 3 kórházának sebészeti osztályain 1977—1981 közt 14654 műtétet végeztek. Ebből bélműtét 3816. Tbc. miatt 3 beteget operáltak (0,078%). Egy betegük meghalt. Bizonytalan subileust okozó hasi panaszok esetén hazánkban is gondolni kell a ritka gümőkóros bélelváltozásokra. A kórisme tisztázásában a biopsziának döntő szerepe van. A stenotizáló és hypertrophiás formában a kezelés kombinált: sebészi és tuberculostaticus.

Operations performed because of tuberculous alterations of the intestines. The authors performed on the surgical wards of 3 hospitals of Nógrád county 14 654 operations between 1977—1981. Of them 3816 were intestinal operations. Three patients were operated on because of tuberculosis (0,078%). One patient died. In cases of uncertain abdominal complaint associated with subileus the infrequent tuberculous intestinal alterations must be taken into consideration in Hungary too. Biopsy plays a decisive role in making the right diagnosis. Combined therapy has to be used in stenotic and hypertrophic forms: surgical and tuberculostatic therapy.

A tápcsatorna gümőkóros megbetegedése az antibiotikumok felfedezése előtt viszonylag gyakori volt. A gümőkóros betegek boncolásánál 65—90%-ban fordult elő. Leggyakrabban az ileocecalis régióban észlelték (3). A fejlődő országokban még ma is gyakori megbetegedésnek számít (12, 16). A nyugati országokban ritka (3, 15), azonban előfordul. Különösen ott, ahol Ázsiából bevándorolt populáció nagyobb közösségben él együtt (8, 10, 19).

Hazánkban, a tuberculostaticus kezelés bevezetése után is többen számoltak be a tápcsatorna gümőkóros megbetegedéséről (1, 5, 11, 13, 22).

Tan- és kézikönyveink (2, 20) szintén utalnak a tbc-s bélelváltozásokra és így ismert a kép, de a tbc. ritkulása miatt nem gondolnak rá.

Anyag és módszer

Közleményünkben Nógrád megye 3 kórházában 1977—1981 között bélgümőkór miatt operált betegeink kórtörténetét ismertetjük.

A fenti időszakban a három kórház négy sebészeti osztályán 14 654 műtétet végeztünk. Kórházankénti megoszlását a táblázat szemlélteti.

Öt év alatt összesen három gastrointestinális tbc-s beteget operáltunk.

Az esetek ismertetése:

1. D. L. 33 éves férfibeteg 1977. II. 25-én került a Balassagyarmati Kórház II. Belgyógyászatára. Felvétele előtt egy héttel kezdődtek panaszai: általános rossz közérzet, magas láz, étvágytalanság, hasi fájdalom, hasmenés.

Fizikális vizsgálat alkalmával subicterust (104/perces) tachycardiát, két harántujjal nagyobb májat észleltek. Kóros laboratóriumi leletei: csökkenő jellegű Hgb 12,9 7,6 g/100 ml, minőségi vérkép: 44% lymphocyt, 30 mmol/l-ig emelkedő Se. bi., fokozódó CN: 10 mmol/l—17 mmol/l. Vizeletben bilirubin pozitív. Mellkas rgt. (II. 26.) bal sinusban ujjnyi callus, a hilusokban és parahilárisan transparentia csökkenést írtak le. Az elváltozást influenzának tartották. Rectoscopia (III. 4.): colitis ulcerosa. 1977. III. 4-én irigographiát végeztek. A kontrasztanyag akadálytalanul eljutott a colon

	1977—1981-ig bezárólag végzett			
	összes műtét	ebből bélműtét	tbc. miatt szám	bélműtét %
Salgótarján				
Sebészet	4 779	1027	1	0,09
Balassagyarmat				
I. sebészet	4 252	1085	—	
Balassagyarmat				
II. sebészet	3 867	1349	1	0,07
Pásztó Sebészet	1 756	355	1	0,28
Összesen	14 654	3816	3	0,078



1. ábra.

transversum középső szakaszába. Oedemás, colitises, mérsékelten beszűkült colon descendens és sigma. Árnyékkiesés, telődési többlet nincs. 1977. III. 7-én este profus friss rectorrhagia alakult ki, ami miatt a beteget haemorrhagia intestini, colitis ulcerosa?, hepatopathia alcoholica kórismével a kórház II-es Sebészeti Osztályára helyezték át. A sebészeti osztályon a súlyos általános állapotú betegen a masszív transfúzió és infúziós kezelés után is megismétlődő vérzés miatt III. 9-én exploratio történt. Műtét során a haránt vastagbélben két vérző $15 \times 10 \times 3$ mm és $23 \times 23 \times 15$ mm-es fekély miatt segmentalis colon transversum resectio és vég a vég anastomosis készült (Ján H. dr.). Műteti kórisme: masszív bélvérzést okozó colitis ulcerosa. A postoperatív szakban a beteg CVP ellenőrzése mellett transfúzió és infúziós kezelésben részesült. A bélműködés megindult. A 4. műtét utáni napon állapota hirtelen rosszabbodott, hasa felpuffadt, nagy fájdalmak kezdődtek. A reexplorációnál (Fekete L. dr.) a varrat-elégtelenség miatt coecostomiát készítettek. Széles spectrumú antibioticus és intenzív kezelés ellenére az első műtét utáni 5. nap a beteg légzési elégtelenség tünete között exitált.

A készítmény szövettani vizsgálata tbc-t igazolt. Boncolási kórisme: tuberculosis caseosa apicis pulmonis utr. (precipue d.) pleuritis exudativa tuberculosa d., pleuritis adhaesiva totalis sin. Tuberculosis miliaris generalisata. Tuberculosum numerosi intestini ilei, colonis transversi, colonis descend. et sigmae. Peritonitis sero-fibrinoso purulenta. (László Mária dr.).

2. B. Gy. 36 éves férfibeteg 1980. I. 9-én a Pásztói Kórház Belgyógyászati Osztályára vették fel. Panaszai: hasi fájdalom, puffadás, fogyás. Mivel labor- és rtg.-vizsgálatokkal organikus elváltozást nem mutattak ki, a beteg gastritis chronica dg.-al hazabocsátották. A beteg panaszai otthon fokozódtak, egy hónap alatt 6 kg-ot fogyott, étkezés után fokozódó köldök körüli görcsös fájdalmakról, csökkent étvégről, híg, bűzös székletéről panaszkodott.

Körzeti orvosa ezért a Pásztói Kórház Sebészeti Osztályára utalta. Fizikális vizsgálattal két harántujjal nagyobb májat és a bal hypochondrium és bal alhasban nyomásérzékenységet találtak. A laboratóriumi vizsgálatok közül hypaciditáson és fokozott vvt-süllyedésen kívül (25 mm/óra) egyéb kórosat nem észleltek.

Rectoscopia negativ. Irigographia (1. ábra): a coecum lumene 10 cm hosszúságban egyenetlen szélel beszűkült. A kép alapján stenotizáló vastagbél-tumorra gondolva Mycerines bélátmosás után 1980. II. 20-án exploráció történt (Jávör P. dr.) Műteti lelet: a coecum, appendix vermiformis és ileum terminalis 5 cm-es szakasza ökölnyi nagyságú kemény tumort alkot. Környezetében a serosa alatt sugárirányban kölesnyi felrakódások láthatók. Az ileocecalis beszűkítéstől 45 cm-rel oralisan diónyi képletet találtunk, környezetében subserosusan elhelyezkedő kölesnyi felrakódásokkal. Hemicolecotomia dextra et resectio segmentalis intestini ilei cum ileo-ileostomia latero-lateralis et ileo-colostomia latero-lateralis isoperistaltica történt. A II. 25-én elvégzett szövettani dg. tuberculosis intestini crassit és lymphadenitis tuberculosa írt le (Bujalka R. dr.). A műtét után a beteg lázassá vált, köhögött, dyspnoéről panaszkodott és a tüdők felett szörtyőrejek jelentek meg. A mellkasrtg.-felvételen mindkét kulcsfont alatt, valamint a jobb alsó és középső tüdőmezőben kiterjedt, kifejezett egyenetlen foltos árnyékoltság volt látható. Ezért II. 26-án a beteget a mátraházai Tüdősebészeti Osztályra helyezték át, ahol VII. 11-ig feküdt. Bennléte alatt Pirazinamid, INH és Sural kezelésben részesült. A márciusban készült rtg.-felvételen a tüdőfolyamat regressziót mutatott. 1980 szeptembere óta dolgozik, munkáját jól ellátja. INH és Sural kezelésben részesül.

3. H. R. 57 éves férfibeteg 1980. V. 30-án cholelithiasis, vagy tu. pancreatis feltételezett dg.-al vették át a Salgótarjáni Megyei Kórház I. Belgyógyászati Osztályáról a sebészetre. A beteg kb. 8 hónapja étkezés után jelentkező jobb bordaív alatti fájdalmakról, étvágytalanságról, puffadásról, hasi feszültségről, 14 kg fogyásról panaszkodott. A fájdalom jellege változott, néha tompa, máskor éles, görcsös volt. Széklete rendes



2. ábra.



CHINOIN  BUDAPEST

JUMEX

JUMEX

tabletta

Antiparkinsonica

A mitokondriális monoamino-oxidáz (MAO) két fő típusát, az A és B típust különböztetik meg. A JUMEX a B típusú MAO szelektív bénítója. A két enzim egyenlőtlenül oszlik meg a szervezetben. Emberben a bélben majdnem kizárólag MAO-A, az agyban főleg MAO-B található. A két enzim szubsztrát-specifitása különböző. A MAO-A bontja a szerotonint, az adrenalint és a nor-adrenalint, a MAO-B szelektív szubsztrátja a feniletilamin, a dopamint pedig mindkét enzim metabolizálja. A parkinsonismus szempontjából fontos nigrostriális neuronokban emberben MAO-B található. A JUMEX az enzim gátlásával a sérült dopaminerg neuronokban növeli a dopaminszintet, és levodopával együtt adva nagy dopamin-koncentrációt biztosít a corpus striatum-ban. Fokozza a levodopa hatását, lerövidíti a kedvező hatás kialakulásának latencia idejét, megnyújtja a hatás-tartamot. Nem gátolja az egyéb monoaminok lebomlását, ezért nem hozza létre a hagyományos, nem szelektív MAO-bénítók mellékhatását (hipertóniás krízis).

ÖSSZETÉTEL: 5 mg selegilinum hydrochloricum tablettánként.

JAVALLAT: Parkinsonismusban a levodopa terápia adjuválása. A jó terápiás effektus fenntartása mellett a levodopa mennyisége esetenként csökkenthető. Alkalmazható a parkinsonismus minden fázisában, különösen előnyös előrehaladott parkinsonismusban, ahol a betegek állapota jelentős napszakos ingadozást mutat. Ezekben az esetekben az éjjel teljesen kiürült dopaminraktárakat a reggel nagy mennyiségben adott levodopa gyorsan feltölti, de viszonylag gyorsan ismét hatástalan-ná válik. Ez az on-off periódusváltás a betegnek rövid időre jó mozgáskészséget biztosít, majd újból hirtelen akinesis alakul ki az újabb gyógyszeradag bevételeig. Ez az akinens JUMEX alkalmazásával jelentősen csökkenthető.

ELLENJAVALLATOK: Minden dopaminhiánnyal nem járó extrapiramidális megbetegedés (esszenciális, familiáris tremor, Huntington chorea, stb.).

ADAGOLÁS: Fekvőbeteg-gyógyintézeti beállítás szükséges. Szokásos kezdő adagja napi 1–2 tabl. (5–10 mg), reggel, esetleg reggeli-esti elosztásban. Néhány hét múlva a kezdő adag a felére csökkenthető.

KOMBINÁLT KEZELÉS: A levodopa szubsztitúció mértéke JUMEX adása során esetenként csökkenthető; az egyéb antiparkinsonos szerek (paraszimpatolitikumok, amantadin stb.) alkalmazását rendszerint nem befolyásolja.

MELLÉKHATÁSOK: Megegyeznek a levodopa-túladagolás nem kívánt hatásaival. Amennyiben a levodopa mennyiségét nem csökkentik a megfelelő individuális mértékben, annak mind cerebrális mellékhatásai (nyugtalanság, álmatlanság, hallucinációk, téveseszmék, hyperkinesis), mind extracerebrális hatásai (elsősorban gyomor-bélpanaszok) fokozódhatnak a JUMEX adagolására.

A dekarboxiláz-gátlóval kombinált levodopa-terápia kiegészítése JUMEX-szel kedvezőbb, mert kisebb az extracerebrális mellékhatások kialakulásának lehetősége.

CSOMAGOLÁS: 50 tabl.

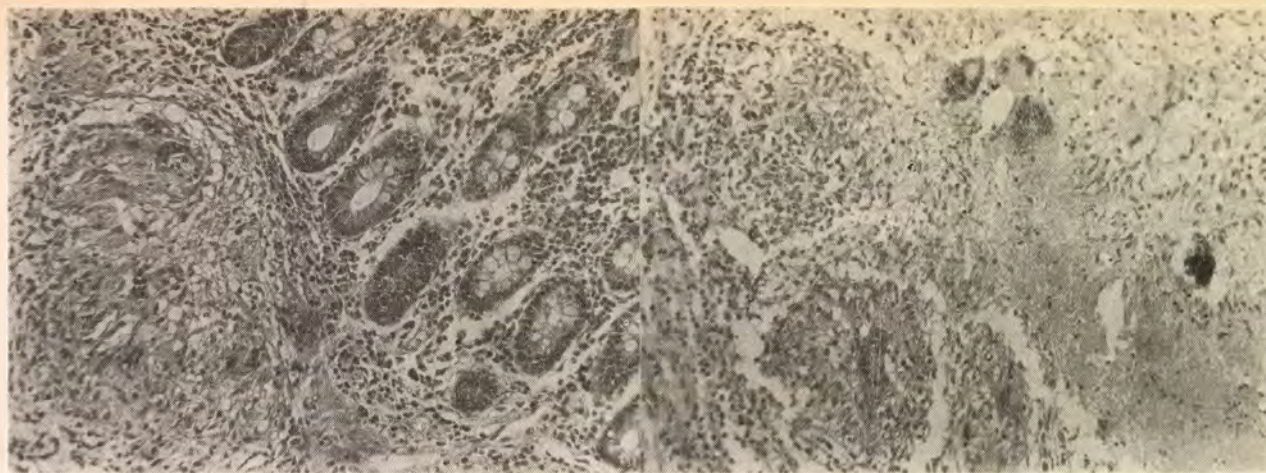
TÉRÍTÉS: 2,70. Ft

MEGJEGYZÉS: ✖✖ Kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézeti idegosztályon történt beállítás után a beteg gyógykezelésére területileg és szakmailag illetékes szakrendelés (gondozó) szakorvosa rendelheti. A beállítást végző osztály a beteget minimálisan 3 havonként ellenőrizni tartozik. A vényen a javaslattevő intézet pontos nevét és címét, valamint a javaslat, illetve ellenőrzés keltét fel kell tüntetni.

Ennek hiányában a gyógyszerteráznak a gyógyszer kiszolgáltatását meg kell tagadnia.

ELŐÁLLÍTÓ:

Chinoin Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt., Budapest



3. a, b. ábra.

volt. Fizikális vizsgálattal az erősen lesoványodott (57 kg) betegen a jobb bordaív alatti nyomásérzékenységen és az esti subfertilításon (37,7–37,5°) kívül egyéb kóros eltérést nem találtunk. Laboratóriumi vizsgálata közül a vvt.-süllyedés volt kóros. Előbb 100, majd 40 mm/óra. Hasi daganat gyanúja miatt 1980. VI. 4-én laparotomiát végeztünk (Csiky M. dr.). A flexura duodenojejunalis 90 cm-el distalisán a mesenteriumban borsnyi-mogyorónyi nagyságú tömött nyiroksomókat találtunk. A vékonybél több szakaszán a falban körkörös elhelyezkedő szövetszaporulatot tapintottunk. Az infiltrátum beszűrte a serosát és a lument is szűkítette. Az elváltozás a coecum felé sűrűbben helyezkedett el és az ileum beszajadásával megszakadt. A coecumra nem terjedt rá. A műtét közben feltételezett kórisme vékonybeldaganat vagy tbc.

Resectáltuk a jejunum kóros részét, a teljes ileumot, a coecumot és részben a colon ascendens. A flexura hepatica alatt termino-terminalisan jeuno-colostomiát készítettünk. A bent maradt jejunum hossza 85 cm. A műtét alatt sérült lépét eltávolítottuk. A resectum nyálkahártyáján felhányt szélű, livid, többszörösen stenotizáló fekélyeket láttunk (2. ábra). Szöveten: másodlagosan fertőzött tuberculotikus góccok a bél falban, tbc-s góccok a nyiroksomókban (3. a., b. ábra), (Bujalka R. dr.).

A postoperatív szak szövödménymentesen zajlott le. A beteg Tetrant, Streptomycint, INH-t kapott. Hasmenéseit bolus adstringens-el mérsékeltek. 1980. V. 25-én p. p. gyógyult sebbel a nőgrádgárdonyi Tüdőgyógyintézetnek adtuk át, ahol kiderült, hogy az 1978/1979-es szűrés alkalmával már kiemelt betegként szerepelt. A mellkasrtg.-felvételen mindkét felső lebenyben, az előző képekhez viszonyítva progressziót észleltek és az alsó lebenycsúcsban is góccokat találtak. A beteget 1982. IX. 27-ig tartó kezelést követően (RAMP + INH). Ez alatt a bal felső lebenyben regresszió állt be. A köpet Koch-negatív volt.

A beteget 1980. XII. 3-án osztályunkon ellenőriztük. A műtét óta 2–3 kg-ot hízott. Étvágya jó volt, hasi panaszai nem voltak. Egyedüli panasz a napi 3–4 hígabb széklet. Fizikálisan kóros eltérést nem észleltünk.

(Laborleletei normálisak voltak.) Rtg.-passage akadálytalan ürülést mutat a colon transversumba. Recidiva nem látható. 1982. V. 31-i ellenőrzésen panaszmentes. Testsúlya 56 kg. Naponta háromszor van széklete.

Megbeszélés

A tápcsatorna gümőkóros megbetegedésének nincs jellemző tünete (19). Még Indiában is — ahol előfordulása gyakori és lehetőségére gyakrabban gondolnak — csak az esetek felében kórismézik (16).

Az irodalomból 182 abdominalis tbc-s beteg kóradatainak feldolgozása alapján a tünetek közül

leggyakoribb a hasi fájdalom (94%) — stenotizáló formában ennek jellege 89%-ban kólikás — hányás (88%); obstipatio (67–70%); láz (42,2%); nőknél menstruációs zavar (35,6%) szerepelt (8, 16). A fizikális jelek gyakorisága: nyomásérzékenység és abdominalis distensio 65,9%-ban, látható peristaltica 35,1%-ban, tapintható képlet 28,6%-ban (16).

A laboratóriumi és rtg.-jelek nem jellemzőek (8). A vvt.-süllyedés az esetek 92,9%-ában fokozódott, a fvs-szám 43,8%-ban emelkedett. A mellkasrtg.-vizsgálatok alkalmával az esetek 15%-ában találtak a tüdőben infiltrációt, 6,9%-ban pleuralis ömlényt írtak le, 5,8%-ban gyógyult tbc-s góccokat észleltek. Tüdőfolyamatot leggyakrabban peritonitis tuberculosa kíséretében láttak. Ez is alátámasztani látszik az utóbbi kórforma haematogén eredetét (16). A kontrasztos rtg.-vizsgálattal az esetek 34,2%-ában állapították meg a vékonybél szűkületét (elzáródását). Az irigographia 8 esetből 5-nél volt pozitív (16).

Eseteinkben a fenti tünetek, fizikális jelek, valamint laboratóriumi eredmények ugyancsak megtalálhatók voltak. A mellkas rtg.-kép azonban csak az első esetben mutatott kóros eltérést, de azt sem helyesen magyaráztuk. A második betegnél műtét előtt sajnálatosan nem történt mellkas rtg.-vizsgálat, a harmadiknál a radiológus a bilaterális apicalis folyamatot nem értékelte kellően. Irodalmi adatok felhívják a figyelmet, hogy adott esetekben a tüdőparenchymáról készített felvételen a finomabb elváltozásokat általában nem veszik észre (5) máskor a jelentős elváltozást helytelenül értelmezik (7).

A tbc-s bélelváltozás leggyakrabban az ileocecalis területen fordul elő (3, 15). Magyarázatul az e területen észlelhető huzamosabb stasist és a fejlett nyirokszövetet hozzák fel (4). Az elváltozás rendszerint másodlagos (14, 18, 23). A primaer ileocecalis tbc. létezését egyes szerzők egyáltalán kétkedéssel fogadják (8). A bélsatorna tbc. legritkább lokalizációjának az appendix vermiformist tartják (19).

Mindhárom betegünk secundaer forma volt, kimutatható tüdőelváltozással.

Az elkülönítő kórisme szempontjából elsősorban a Crohn-betegség és a carcinoma jön számításba (8, 12). Második és harmadik betegünk esetében mi is tumorra gyanakodtunk. A Crohn-betegségtől

való elkülönítés igen fontos, mivel utóbbit corticosteroiddal is kezelik, aminek alkalmazása intestina-
lis tbc.-ben nem ajánlatos (19). A Crohn-beteg
rendszerint hasmenéses, külső és belső sipolyai
vannak (19). A carcinomától való elkülönítés nehéz.
A radiológiai kép hasonlóságot mutat (4, 19). A va-
lószerű kórismét a műtét, a biztosat a szövettani
vizsgálat mondja ki (10).

A tápcsatorna gümőkórjának három gyakori
szövődménye van: ileus, perforatio, vérzés (12, 23).
Közülük leggyakoribb a szűkület által kiváltott
ileus. Betegeink közül a második és harmadiknál
fordult elő szűkület. Első betegünk masszívan vér-
zett.

A betegség kezelésében a biopsiának fontos
szerepe van. Egyrészt azért, mert ha a kórismét a
szűkület kialakulása előtt megállapítjuk, akkor csak
tuberculostaticus kezelésre van szükség, másrészt
adott esetben az inoperabilisnak tartott carcinomá-
ról derítheti ki a gümőkórt (10). A sebési és gyógy-
szeres kezelést rendszerint kombinálni szokták. Mi
is mindhárom betegen ressectáltuk az elváltozást.
Egy esetben kiterjedt vékonybél resectióra kényszer-
ültünk. A biztos kórisme birtokában a harmadik
betegnél talán a resectio kiterjedését lehetett volna
csökkenteni. Újabban biztos kórisme esetében a
szűkületeket ileoplasticával oldják meg (17). A ki-
terjedt resectio malabsorptiót okoz. A bennmaradt
vékonybélszakasz még elviselhető legkisebb nagy-
sága 50—60 cm. Ilyen esetekben tanácsos az arány-
talanul túlsúlyba került gyomor aciditást vagoto-
miával ellensúlyozni (9). Harmadik betegünk meg-
maradt jejunum hossza 85 cm, amit a szervezet
aránylag elég jól kompenzál.

Eseteinkből a következő tanulságokat szűrhet-
jük le:

1. Bár manapság a tápcsatorna gümőkóros meg-
betegedése ritka, létezésével hazánkban is számolni
kell.

2. A megbetegedésnek pathognomikus jele
nincs. A beteg rendszerint tumor gyanújával kerül
a sebészetre.

3. A kórisme tisztázásában a laboratóriumi és
rtg.-vizsgálatok keveset segítenek, a biopsiának vi-
szont döntő szerepe van. Ezért a műtétet i. op. szö-
vettani vizsgálat háttérében kell végezni. (Így elke-
rülhető lett volna a 3. esetünkben a kiterjedt vé-
konybél-resectio).

4. Az elkülönítő kórismében a legfontosabb
szerepet a carcinoma és a Crohn-betegség játssza.

5. Az ileocecalis gümőkór rendszerint másod-
lagos.

6. A stenotizáló és hypertrophias formák keze-
lése kombinált: sebési és tuberculostatikus. A he-
lyes therápiához a biopsiának meghatározó szerepe
van.

IRODALOM: 1. Balázs I., Mucsi O.: Tuberculosis
és Tüdőbetegségek. 1971. 24, 158. — 2. Bugyi I.: Gya-
korlati Sebészet. Medicina, Budapest, 1960. I. kötet.
688. old. — 3. Deschreyer, M és mtsai: Act. Gastr.
B. 1980, XLIII, 387. — 4. Gadwood Kathleen, Bedetti,
C. D., Herbert, D. L.: Dis. Col. Rect. 1981, 24, 395. —
5. Gereben Z.: Közlemények Győr-Sopron Megyei Ta-
nács Kórházaiból. Ötödik kötet 1968/70, 309. — 6. Grie-
co, M. M., Chmel, H.: Am. Resp. Dis. 1974, 109, 554. —
7. Hiatt, G. A.: JAMA 1978, 240, 561. — 8. Kaufman,
H. D., Donovan, I.: J. Roy. Coll. Surg. in Edinbourg.
1974, 19, 377. — 9. Kausz, I.: Orv. Hetil. 1982, 123, 678.
— 10. Keenam, D. J. M.: Br. J. Surg. 1981, 68, 44. —
11. Kovács E., Bács P.: Az orvos-egészségügyi szakszer-
vezet sebész szakcsoportjának Nagygyűlése, 1962. VI.
21—23. Budapest 0.286. — 12. Mandal, B. K., Schofield,
F. F.: Practitioner 1976, 216, 683. — 13. Mester B., Sági
T.: Zbl. Chir. 1966, 91, 456. — 14. Mosa, J. D., Knauer,
C. M.: Gastroenterology 1973, 65, 959. — 15. Ponette,
E. és mtsai: Act. Gastr. B. 1980, 43, 386. Abstract. — 16.
Pritam, D. A. S., Shukla, H. S.: Br. J. Surg. 1976, 63,
494. — 17. Pujari, B. D.: Br. J. Surg. 1979, 66, 180. —
18. Recio, P. M.: Dis. Colon Rect. 1969, 4, 439. — 19.
Shukla, H. S., Huges, L. E.: Br. J. Surg. 1978, 65, 403.
— 20. Stefanics J.: Sebészet. 2. Részletes Sebészet. Me-
dicina, Budapest, 1977, 417. old. — 21. Stirk, D. I.:
Brit. J. Surg. 1968, 55, 230. — 22. Szécsény A.: Magyar
Sebészet 1963, 16, 63. — 23. Verebely T.: Bp. Magyar
Orvosi Könyvkiadó Társulat 1933. A vékonybél beteg-
ségei (131.)



Apotheke zur Universität

MAG. PHARM. Dr. MIKES TIVADAR
GYÓGYSZERTÁRA

A-1090 Wien, Universitätstrasse 10.,



Felvilágosítás. Telefon: 0043/222/425298
Magyaroknak kedvezményes, előzékeny kiszolgálás.

DOSZPOD JÓZSEF DR.,
TÖRÖK MIKLÓS DR.,
OLÁH JÁNOS DR.
ÉS GÁTI ISTVÁN DR.

Az intrauterin retardáció gyakorisága és a perinatalis halálozás

Orvostovábbképző Intézet, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Gáti István dr.)

A szerzők az Orvostovábbképző Intézet Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájának 5 éves szülészeti anyagát elemzik. 9781 olyan egyes szülésből származó újszülöttről számolnak, ahol ismert volt a terhességi idő. Az intrauterin retardáció gyakoriságát ebben az anyagban átlagosan 5,4⁰/₀-nak találták. A diszmaturosok perinatalis halálozása átlagosan 58,6⁰/₀, ezen belül a terminusban született retardáltaké 27,6⁰/₀. Az intrauterin sorvadtak perinatalis mortalitása 3,5-szer nagyobb, mint a klinika ún. összpérinatalis halálozása, az érett retardáltaké pedig 3-szorosa az azonos korú eutrófiás újszülöttekének.

Incidence of intrauterine retardation and perinatal mortality. The obstetrical material of 5 years in the Department of Obstetrics and Gynecology of the Medical Postgraduate School is analysed. Data of 9781 neonates from single births of known gestation period are evaluated. The incidence rate of intrauterine retardation was found to be on the average 5,4⁰/₀ in this group. The perinatal mortality of dysmature neonates was on the average 58,6⁰/₀ and within this 27,6⁰/₀ was that of the retarded ones born in term. The perinatal mortality of fetuses wasted intrauterine was 3,5-time higher than the total perinatal mortality in the Department and the mortality of mature retarded neonates was the treble of the eutrophic neonates of identical age.

Az alacsony súlyú újszülöttek (2500 g alatt) egy része időre születik és az alacsony súly oka nem a koraszülöttekre jellemző éretlenség, hanem a krónikus méhen belüli alultápláltság miatti éhezési állapot. A kórkép jelentőségét két tényező emeli ki:

1. Az intrauterin retardáltak csoportja jelentősen terheli perinatalis halálozásunkat. 2. Nagy számban fordul elő, rendszerint csak a késői gyermekkorban manifesztálódó, maradandó idegrendszeri károsodás.

Az USA-ban egy év alatt születetteknek több mint 5⁰/₀-a (kb. 114 000 újszülött) intrauterin malnutricio következtében alacsony súlyú. A magzati halálozásoknak kb. 30⁰/₀-a összefügg a magzat intrauterin rossz tápláltságával (3). A WHO becslése szerint a fejlett országokban (USA, Canada, Nyugat-Európa) az intrauterin retardáció gyakorisága 8–10⁰/₀ (6).

Hazánkban az intrauterin retardáció előfordulásának az egész országra kiterjedő pontos adatai nem ismeretesek. A 2500 g alatti újszülötteket koraszülöttként regisztrálják és így kórházi diagnózis-ként nem, vagy ritkán szerepel az intrauterin retardáció. Az anya hátrányt szenvedne, ha alacsony súlyú újszülöttjét nem koraszülöttként kezelnék. A fentiek következtében nincs országos szülészeti statisztika. *Fekete és mtsai* (2) a Pécsi OTE Szülészeti Klinikájának egyéves anyagában a retardáció gy-

akoriségét 8,2⁰/₀-nak találták. Ugyanakkor *Török és mtsai* (5) az intrauterin retardáció gyakoriságát a Debreceni OTE Szülészeti Klinikájának 2 éves anyagában csak 2,92⁰/₀-nak adják meg. A kritériumok mindkét esetben azonosak. *Asztalos és Lampé*

1. táblázat. Az intrauterin retardáció gyakorisága

Év	Szülések száma	Retardáltak	Gyakoriság %
1976. júl 1-től	1261	85	6,74
1977	2120	81	3,82
1978	2159	74	3,42
1979	1795	108	6,01
1980	1650	124	7,51
1981. jún. 30-ig	796	57	7,16
Összesen	9781	529	5,4

2. táblázat. A 37. hét előtt születettek gyakorisága

Év	Szülések száma	Koraszülöttek	Gyakoriság %
1976. júl. 1-től	1261	55	4,36
1977	2120	148	6,98
1978	2159	174	8,06
1979	1795	128	7,12
1980	1650	99	6,00
1981. jún. 30-ig	796	56	7,03
Összesen	9781	660	6,8

3. táblázat. **A 2500 g-nál kisebb súllyal születettek gyakorisága**

Év	Szülések száma	Alacsony súlyúak	Gyakoriság %
1976. júl. 1-től	1261	44	3,48
1977	2120	214	10,09
1978	2159	187	8,66
1979	1795	164	9,13
1980	1650	137	8,30
1981. jún. 30-ig	796	68	8,54
Összesen	9781	814	8,3

(1) 12 év anyagában a manifest diabeteses terheseknél a retardáció gyakoriságát 6,3%-osnak találták. Schuler és Klinger (4) az alacsony súlyú újszülöttek gyakorisága, valamint az átlagos gesztációs kor alapján arra következtetnek, hogy az alacsony súlyúaknak kb. a fele intrauterin retardált.

A meglehetősen szegényes és egymásnak ellentmondó adatok miatt szükségét éreztük egy nagy anyagot felölelő reprezentatív statisztika összeállításának.

Anyag és módszer

A vizsgált anyagot az Orvostovábbképző Intézet Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján 1976. júl. 1-től 1981. június 30-ig született újszülöttek. A születek számának összeállításakor figyelembe vettük mindazokat az élve vagy halva születetteket, akiknek születési súlya 1000 g vagy annál nagyobb volt, továbbá az 500–1000 g súlyúak közül az élve születetteket. A terhességi kort az utolsó rendes menstruáció alapján kiszámított terhességi hetekben adtuk meg. Csak a biztos gesztációs korú születek szerepelnek anyagunkban.

Az alábbi terminológiát, ill. meghatározásokat használtuk: **koraszülött** minden olyan újszülött, akinek terhességi kora kevesebb, mint a betöltött 37. terhességi hét, függetlenül a születési súlytól,

alacsony súlyú újszülött születési súlya kisebb, mint 2500 g, függetlenül a terhesség korától,

intrauterin retardált, diszmaturus, intrauterin sorvadott újszülött születési súlya kisebb, mint a hetekben számított terhességi kornak megfelelő 10 percentilis érték és az újszülöttön klinikailag is bizonyítható az intrauterin malnutrició. Az anyagot felölelő időszakban már klinikánkon állandó neonatológiai ügyelet volt, így az intrauterin sorvadtságot közvetlenül a születéskor minden esetben szakember állapította meg.

Eredmények

Az intrauterin retardáció gyakorisága

Az Orvostovábbképző Intézet Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján 1976. július 1. és 1981. jú-

nus 30. között 9781 olyan egyes szülés zajlott le, ahol a terhesség kora biztosan ismert volt.

Az intrauterin retardáció gyakorisága klinikánk öt éves anyagában átlagosan 5,4%, azaz a 9781 újszülöttből 529 volt diszmaturus (1. táblázat).

52 klinikailag sorvadott kora és érett újszülött terhességi korát nem tudtuk megállapítani. Ezek természetesen nem szerepelnek anyagunkban. Az 52 retardált újszülött 0,5%-os diszmaturus gyakoriságának felel meg. Ha ezt az adatot is figyelembe vesszük, akkor az intrauterin retardáció gyakorisága 5,9%.

Az egyes években a retardáció gyakorisága meglehetősen eltérő. Ezzel kapcsolatosan szeretnénk megjegyezni, hogy 1978-tól az intrauterin retardációval foglalkozó experimentális és klinikai kutatás intézetünk egyik fő profilja lett. Ettől kezdve statisztikánk ún. gyűjtött statisztika, mivel különböző intézetekből vettük át a terheseket biztos vagy feltételezett lepényi elégtelenség diagnózisával, akik ezután klinikánkon születtek.

5. táblázat **Az ún. összperinatalis halálozás**

Év	Szülések száma	Perinatalisan meghaltak	Gyakoriság %
1976. júl. 1-től	1261	30	23,79
1977	2120	32	15,09
1978	2159	31	14,35
1979	1795	19	10,58
1980	1650	27	16,36
1981. jún. 30-ig	796	19	23,89
Összesen	9781	158	16,2
Intézetben kívül intrauterin elhaltak nélkül			12,6

Koraszülöttek és alacsony súlyúak gyakorisága

A 37. terhességi hét előtt születettek számát és gyakoriságát a 2. táblázat mutatja. A vizsgált öt éves periódusban 660 koraszülött született. Az összes szülésre vonatkoztatva ez 6,8%-os gyakoriság.

Ezen idő alatt 814 alacsony súlyú újszülött jött a világra, akiknek születési súlya kisebb volt 2500 g-nál. Az összes szülésre számítva ez 8,3%-os frekvenciának felel meg (3. táblázat).

Az intrauterin retardáltak megoszlása terhességi kor szerint

A vizsgált időszakban 529 intrauterin retardált újszülöttet észleltünk. Az összes szülésre vonatkoz-

4. táblázat. **Az intrauterin retardáltak megoszlása terhességi kor szerint**

Év	Szülések	37. hét előtt születettek kora-születtek	37. hét előtt születettek gyakoriság %	37. hét után születettek érettek	37. hét után születettek gyakoriság	Összesen retardáltak	Összesen gyakoriság %
1976. VII. 1-től	1261	11	0,87	74	5,87	85	6,74
1977	2120	27	1,27	54	2,55	81	3,82
1978	2159	18	0,83	56	2,59	74	3,42
1979	1795	13	0,72	95	5,29	108	6,01
1980	1650	17	10,3	107	6,48	124	7,51
1981. VI. 30-ig	796	8	1,00	49	6,16	57	7,16
Összesen	9781	94	1,0	435	4,5	529	5,4

6. táblázat Az intrauterin retardáltak perinatalis halálózása

Év	37. hét előtt születettek			37. hét után születettek			Összesen		
	szülések	halálozás	gyakoriság ‰	szülések	halálozás	gyakoriság ‰	szülések	halálozás	gyakoriság ‰
1976. VII. 1-től	11	3	27,272	74	3	40,54	85	6	70,58
1977	27	5	18,518	54	1	18,51	81	6	74,07
1978	18	4	222,22	56	2	35,71	74	6	81,08
1979	13	1	76,92	95	2	21,05	108	3	27,77
1980	17	2	117,64	107	3	28,03	124	5	40,32
1981. VI. 30-ig	8	4	500,00	49	1	20,40	57	5	87,71
Összesen	94	19	202,1	435	12	27,6	529	31	58,6

tatva ez 5,4%-os gyakoriságnak felel meg (4. táblázat) 94 volt koraszülött, 435 pedig időre született. Ennek alapján a koraszülött retardáltak gyakorisága az összes szüléshez viszonyítva 1%, az éretteké pedig 4,5%.

Perinatalis halálozás

1976. július 1. és 1981. június 30. közötti időszak perinatalis adatait az 5. táblázat mutatja. A 9781 újszülöttről 158 halt meg a perinatalis időszakban. Az ún. összerperinatalis magzati halálozásunk 16,2‰. Ha leszámítjuk az intézetén kívül méhen belül elhaltakat, akkor ez a gyakoriság 12,6‰.

7. táblázat. A 37. hét előtt születettek perinatalis halálozása

Év	Koraszülések száma	Halálozás	Gyakoriság ‰
1976. júl. 1-től	55	5	90,90
1977	148	15	101,35
1978	174	13	74,71
1979	128	6	46,87
1980	99	4	40,40
1981. jún. 30-ig	56	6	107,14
Összesen	660	49	74,2

Az intrauterin retardáltak perinatalis mortalitását a 6. táblázaton láthatjuk. Az 529 diszmaturosából 31 halt meg perinatalisan. A halálozásuk ezek szerint 58,6‰. A 94 koraszülött sorvadtból 19 exhalt, a gyakoriság tehát 202,1‰. A 435 retardált érett újszülöttről 12 halt meg, azaz a frekvencia 27,6‰.

A 660 koraszülöttről 49-et veszítettünk el a perinatalis időszakban a 814 alacsony súlyúból pedig 104-et (7–8. táblázat).

Megbeszélés

A fenti számadatok egyértelműen bizonyítják, hogy az intrauterin retardáció gyakoriságának csökkentése minden szülészeti intézet számára alapvető fontosságú. A perinatalis diagnózis felállítása a szülész feladata, a megszületett sorvadttal újszülöttek ellátása eddig a modern neonatológia fontos területe.

8. táblázat. A 2500 g-nál kisebb súllyal születettek perinatalis halálozása

Év	Alacsony súlyúak	Halálozás	Gyakoriság ‰
1976. júl. 1-től	44	6	136,36
1977	214	32	149,53
1978	187	33	176,47
1979	164	16	97,56
1980	137	8	58,39
1981. jún. 30-ig	68	9	132,35
Összesen	814	104	127,8

Az alacsony súlyúak kategóriájának felbontása következtében csökken a valódi koraszülöttek aránya. Klinikánkon, ahova más intézetből is kerülnek koraszülöttek, a valódi koraszülöttek aránya 6,8‰, ugyanakkor az intrauterin retardáltaké 5,4‰ (94 retardált koraszülött mindkét csoportban szerepel). Klinikai anyagunkban az időre született diszmaturosok gyakorisága 4,5‰ (435 újszülött), a koraszülöttek pedig 6,8‰ (660 koraszülött).

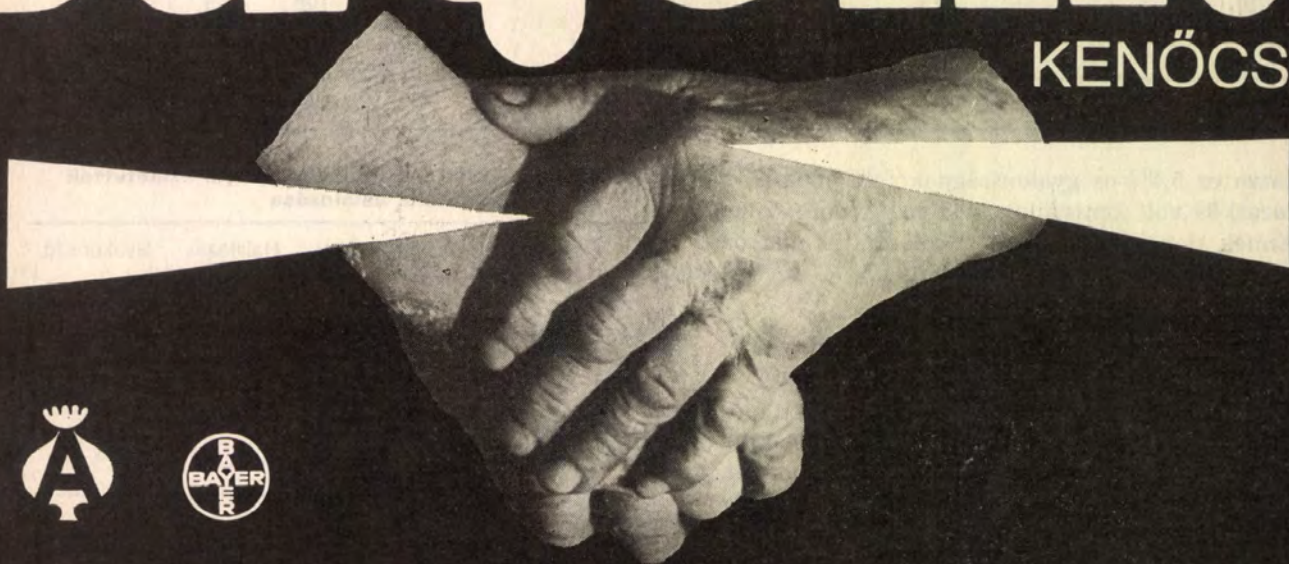
A koraszülöttek perinatalis halálozása közel 4,5-szer nagyobb, mint a klinika ún. összerperinatalis halálozása. A koraszülöttek halálozásának frekvenciája öt éves anyagunkban 74,2‰, de a retardált koraszülötteknél ez az arány 202,2‰. Retardáltak nélkül a koraszülöttek halálozása 53,0‰. Az intrauterin malnutricio tehát a koraszülöttek életben maradási kilátásait is jelentősen rontja.

Alig jobb a helyzet az intrauterin retardáltaknál. Perinatalis halálozásunk több mint 3,5-szer nagyobb az ún. összerperinatalis mortalitásnál. A terminusban született diszmaturosok halálozása 3-szor magasabb az eutrófiás érett újszülöttekénél (27,6‰:8,9‰). Ennél is nagyobb a retardált és nem retardált koraszülöttek halálozása közötti arány (202,1‰:53,0‰). Világosan látszik, hogy az intrauterin retardáció csökkentése jelentős mértékben javítaná perinatalis halálozásunkat.

IRODALOM: 1. Asztalos M., Lampé L.: Orv. Hetil. 1980, 17, 1005. — 2. Fekete M. és mtsai: Orv. Hetil. 1970, 47, 2823. — 3. Metcalf, J., Cole, T. J., Luff, R.: J. Nutr. 1981, 8, 1411. — 4. Schuler D., Klinger A.: Orv. Hetil. 1981, 2, 67. — 5. Török I. és mtsai: Orv. Hetil. 1981, 48, 2951. — 6. Usher, R. H.: Pediatr. Clin. North. Am. 1970, 17, 169.

Bayolin

KENŐCS



ÖSSZETÉTEL:

Heparinoid Bayer	2500 HDB-E
Aethylenglykolum	
monosalicylicum	5,00 g
Benzylum nicotinicum	1,25 g
50 g lemosható kenőcsben.	

HATÁS:

Hatóanyagai közül a Heparinoid Bayer gyulladásgátló anyag, amely a vérrögzépződést is gátolja. A nikotinsav —benzilészter helyi vérbőséget okoz, ezzel a megbetegedett szövet vérkeringését támogatja. Etílglikol monoszalicilat külsőleges alkalmazásával gátolható a kondroitinszulfát bioszintézise. Mivel a reumás sarjszövettel jól összehasonlítható, kísérleti úton előállított hegyszövetben meg-növekedett mucopolisaccharid és kondroitinszulfát szintézis igazolható, a kondroitinszulfát szintézisének gátlásával a reumás kórképek feltehetően előnyösen befolyásolhatók.

A szalicilatok a bradykinin gátló hatáson keresztül fájdalomcsillapító hatást is kifejtenek.

JAVALLATOK:

Ízületi gyulladások, arthrosis, spondylosis, spondylarthrosis esetén fellépő izom- és végtagfájdalmak, izomláz és zúzódások, zárt baleseti sérülések, contusiok, haemetomák,

distorsiok, továbbá tendovaginitis, epicondylitis, bursitis, radiculitis, neuritis, fibrositis, myositis.

ALKALMAZÁS:

A fájdalmas testrészt bedörzsöljük vékony rétegben általában naponta 2—3-szor. Ha a bedörzsölés a túl nagy fájdalom miatt nem lehetséges, elegendő a kenőcsöt csak könnyedén a bőrfelületre vinni. Az alkalmazás módja mindig a betegség lokalizációjától, illetve a beteg állapotától függ. Keringést javító hatása fürdőkkel fokozható.

FIGYELMEZTETÉS:

A kenőcs szembe vagy nyálkahártyára ne kerüljön, mert erős vérbőséget okoz; alkalmazása után kézmosás javasolt.

MEGJEGYZÉS:

✕Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

ELTARTÁS:

Hűvös helyen.

Csomagolás:
1 tubus (50 g) 6,80 Ft.

FORGALOMBA HOZZA:

ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR, TISZAVASVÁRI,
BAYER A. G. LEVERKUSEN LICENCIA ALAPJÁN



TARJÁN JENŐ DR.

Kardiológia megyei szinten

Megyei Kórház-Rendelőintézet, Szekszárd

I. Belgyógyászati Osztály (főorvos: Tarján Jenő dr.)

Tolna megyében 1968-ban indult meg a kardiológia különválása az általános belgyógyásztól. Az elmúlt 14 év alatt tervszerű fejlesztéssel kialakítottak egy megyei szintű kardiológiai ellátási rendszert, melynek működését ismerteti a szerző. A korszerű diagnosztikus módszerek alkalmazása lehetővé tette, hogy az országos centrumokba kevesebb beteget kellett továbbítani és így azokat tehermentesíteni tudták. A megye szívbetegének 70%-a gondozás alatt áll és a gondozott betegek halálozása 6,6%-ról 1,8%-ra csökkent. Tolna megyében a szívbeteg rehabilitációjának megszervezése még nem fejeződött be, de a gondozás már így is érezteti hatását, mert pl. a szívinfarctusos betegek 45%-a újra dolgozik. A számítógép a kardiológiában is eredményesen felhasználható, főleg adattárolásra. A centralizált és profilizált betegellátás nemcsak a betegeknek hasznos, hanem a klinikai tudományos tevékenységet is fellendíti. A tapasztalataik szerint a megyei kardiológiai centrumok képesek lehetnek bármilyen invazív vizsgálat elvégzésére, de a jövő mégis a noninvazív módszereké.

Medical attendance of cardiological patients in Tolna county. In Tolna county cardiology separated from general medicine in 1968. During the past 14 years the medical attendance of cardiological patients reached a high level; the application of up-to-date diagnostic methods made possible the fewer patients had to be sent in the larger medical centres, thereby facilitating their work. Seventy per cent of the patients receive regular medical care and their mortality rate decreased from 6,6% to 1,8%. Though the organization of the rehabilitation of the cardiological patients is still in progress, significant results have already been reached, e. g. 45% of the patients suffered myocardial infarction started to work again. Computer is used first of all for data processing. Centralization and specialization in medical care are useful not only for the patients but they promote scientific activity as well. Experiences show that medical centres of the counties can perform any kind of invasive examination, after all non-invasive methods have the future.

Magyarországon a szívbeteg többségét még ma is belgyógyászati osztályokon kezelik, pedig már évtizedekkel ezelőtt megkezdődött a kardiológia különválása a belgyógyásztól. Az 1950-es években néhány sebészeti osztályon foglalkozni kezdtek a szívsebészettel és a kardiológiai diagnosztikával (2, 9, 10, 16, 17). Több belgyógyászati osztály, főleg a fővárosban és az egyetemeken specializálódott a kardiológiában, de szívsebészeti háttér nélkül működésük nem lehetett teljes (8, 10, 37). Szükség volt tehát olyan intézet, illetve intézetek kialakítására — és ez kezdetben az Országos Kardiológiai Intézet volt — amelyek magukba foglalják a kardiológiai diagnosztika és terápia egészét. 1980-ig a kardiológia struktúráját és a betegek progresszív ellátását bizonyos mértékű szervezetlenség jellemezte. 1980-ban az Egészségügyi Minisztérium kardiológiai centrumokat jelölt ki és ezek között osztotta fel az ország megyéit a kardiológiai ellátás szempontjából. A centrumok megterhelése most már attól függ, hogy a megyék milyen mélységig vizsgálják ki a betegeket és milyen színvonalú a gondozás.

A szívbeteg nagy száma és emelkedő tendenciájuk, valamint a speciális diagnosztika és terápia régóta indokolja, hogy minden megyében szervezzünk kardiológiai ellátást, amihez az alapja a megyeszékhelyen működő kardiológiai profilú osztály és gondozó. Ennek kialakítása — mint ahogy példánk is mutatja — hosszú éveket igényel. Az utóbbi években a fejlődés felgyorsult és ennek eredményeképpen 1982 végére már 18 megyében működött kardiológiai profilú osztály. Kórházunk Tudományos Tanácsa 1967-ben elhatározta hatágyas belgyógyászati Intenzív Terápiás Osztály (ITO) létrehozását tizenhét háttér ágygal, főleg kardiológiai betegek ellátására. Ez az osztály 1968-ban kezdte el működését. Az ágyak száma azóta sem változott, mégis jelentős mennyiségi és minőségi fejlődés következett be, melynek főbb vonásait ismertetjük.

Kardiológiai diagnosztika

Az általános belgyógyászati osztályokon alkalmazott kardiológiai vizsgálati módszerek nem elégitik ki a mai követelményeket. Specializált kardiológiai osztályon lényegesen több diagnosztikus lehetőségre van szükség. Az *ergometriás vizsgálatok* széles körben kezdenek elterjedni, a feltétel csupán

1. táblázat Az ITO fontosabb forgalmi és pénzügyi mutatói 1971–1980-ig

Év	Ágyszám	Betegek száma	Teljesített ápolási napok	Összes költség	Egy betegre eső költség
1971	6	309	1278	1 410 700,—	4565,—
1972	6	301	1209	1 802 700,—	6009,—
1973	6	337	1107	2 064 500,—	6126,—
1974	6	314	1027	2 033 400,—	6475,—
1975	6	310	1068	2 362 000,—	7619,—
1976	6	273	1086	2 318 000,—	8490,—
1977	6	260	1033	1 390 000,—	5345,—
1978	6	239	905	1 500 000,—	6278,—
1979	6	260	943	1 543 000,—	5930,—
1980	6	310	873	1 707 000,—	5500,—

Megjegyzés:

1977. január 1-től változott a gyógyszerek ára.

A költségekben szerepel a munkabér, ingatlan fenntartás, élelmezés is.

az, hogy a resuscitációs készenlét adva legyen. A radiokardiográfia jól bevált az infarctusos átesett betegek percvolumenének és keringési idejének nyomon követésére, amely adatokat a rehabilitációban felhasználunk. A keringési hyperkinesisben diagnosztikus értékű vizsgálat. 1982-ben kezdtük el a radionuklidventrikulográfiát gammakamerával. Ugyanez felhasználható shuntok kimutatására. A jobb szívfél mikrokatéterezése tájékozódó jellegű vizsgálat. Amennyiben ezzel a módszerrel a nyomásviszonyokat, vagy az oxygen saturációt kórosnak találjuk, elvégezzük mindkét szívfél makrokatéteres vizsgálatát angiokardiográfiával egybekötve. Az eddig vizsgált 387 vitiumos betegünk közül 215-ben (55%) végeztünk szívkatéterezést, főleg jobb szívfél mikrokatéterrel. Makrokatéteres vizsgálataink száma 65 volt. A megyei szinten elvégzett részletesebb vitium kivizsgálást azért tartjuk fontosnak, mert eddigi tapasztalataink szerint a hemodinamikai kivizsgálásra szoruló vitiumos betegeknek csak 24%-át kellett tovább küldeniük szívsebészeti centrumba, esetünkben a Semmelweis OTE Érsebészeti Klinikára, vagy az Országos Pulmonológiai Intézet Kardiológiai részlegére (7). 1974 óta továbbküldött 53 betegünk közül 44 esetben szívműtét történt. A 44 operált beteg általunk megállapított diagnózisa egy eset kivételével megegyezett a klinika diagnózisával. Az ágy melletti percvolumen-meghatározások közül a termidilúciós módszert (Swan—Ganz-katéterrel) használjuk a shockos betegek és a vasodilatator kezelésben részesülők ellenőrzésére. Az ideiglenes pacemakert (IP) hazánkban az elsők között 1974 óta alkalmazzuk rutinszerűen (18, 28). Az IP-t diagnosztikus és terápiás célból használjuk, de a kétféle lehetőség elég gyakran egybeesik. Részleges arhythmia analysisnek tekintjük pl. a beteg EKG-monitorozását, a telemetriás és mágnesszalagra rögzített EKG-t, vagy az egyszerű pitvari EKG-t bizonyos ritmuszavarok kiderítésére (4). A komplett arhythmia analysis a korszerű elektrofiziológias vizsgálatokat foglalja magában (His-köteg, EKG, programozott szívingerlés stb.; 1, 30, 31). A coronaria tartalék vizsgálatának egyik módja a szapora pitvari ingerlés, ami szintén az IP keretébe tartozik. Az IP-t terápia céljából a jelenleg elfogadott indikációk alapján alkalmazzuk, mégis évek folyamán bizonyos sajátos

indikációk alakultak ki osztályunkon. Ilyen a profilaxis elvén alapuló indikáció. Acut myocardialis infarctusban, függetlenül az infarctus lokalizációjától és az a—v vezetési zavar fokától, minden a—v blockban elektródkatétert helyezünk a szívbe. Ezzel is magyarázható, hogy az infarctusban jelentkező III. fokú a—v blockok halálozását jelentősen csökkentettük. A pacemaker kezelés előtti időszakban 40 beteg közül meghalt 26, a jelenlegi terápiás időszakban 42-ből 18. Elektromos cardioversio előtt szintén preventív célból pacemaker védelembe helyezzük a beteget. Igaz, hogy a post-cardioverziós bradyarhythmia viszonylag ritkák, az óvatosság mégis jogos, mint ahogy ezt több esetünk is bizonyította. Az eddigi 534 IP 20 esetben járt szövődémmel (3,7%). Halálos komplikáció nem volt.

Intenzív Terápiás Osztály (ITO)

A megyei feladatokat ellátó kardiológiai osztály bázisa az ITO. Ez hivatalosan „osztálynak” nem nevezhető, de mivel központi feladatokat lát el, külön költségvetése, statisztikája és személyzete van, a továbbiakban is az ITO kifejezést használjuk. Szakmai, gazdasági és szervezési szempontból sok előnnyel jár, hogy a megyei kardiológia, a kardiológiai osztály és az ITO vezetője azonos személy. A 6 ágyas ITO rendelkezik mindazon műszerezettséggel, ami manapság szükséges. Személyzete a főorvos, két beosztott orvos, hat nővér és egy speciálisan kiképzett kardiológiai asszisztens, aki az invazív beavatkozások műszereit biztosítja és asszisztál. Ettől függetlenül minden nálunk alkalmazott diagnosztikus és terápiás beavatkozás szakdolgozói feladatait az ITO nővérei is el tudják látni.

Az ITO-n főleg kardiológiai eseteket kezelünk. A legfontosabb feladat az acut myocardialis infarctus (AMI) korszerű ellátása. Kb. 160 000 lélekszámú körzetből minden AMI-s beteget osztályunkra szállítanak, évente kb. 100 esetet. A megye távolabbi területét a városi és járási kórházak látják el hagyományos módon. Ha ott ingervezetési zavar jelentkezik, osztályunk egyik orvosa a helyszínre megy és pacemaker védelemben és ITO-ra szállítja a beteget (28). A járási és városi kórházaink rendelkeznek defibrillátorral.



VITAMIN E



kapszula 100 mg, olajos inj. 30 mg.

ÖSSZETÉTEL:

1 kapszula 100 mg tocopherolum aceticum, 1 amp. (1 ml) 30 mg tocopherolum aceticum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK:

Felnőttek:

Sterilitás, habitualis abortus, abortus imminens, terhesség és lactatio alatt a fokozott E-vitamin szükséglet kiegészítésére, oligo- és amenorrhoea, menopausa syndroma. Enderarteritis obliterans, localis keringési és trophiás zavarokon alapuló végtagmegbetegedések.

Gyerekek:

Újszülöttkori scleroedema, atrophia, dystrophia, coeliakia, sprue, malabsorptio, epeútelzáródás, csökkent capillaris resistenciával járó kórállapotok, égbetegség, dystrophia musculorum progressiva.

ADAGOLÁS:

Felnőtteknek:

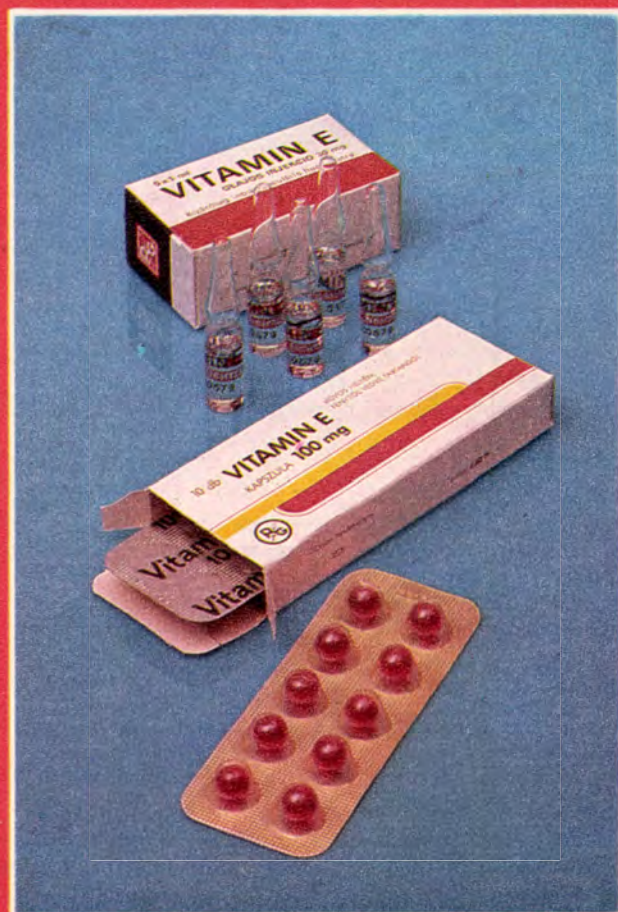
Általában hetente 1–2 alkalommal napi 1–3 kapszula vagy hetenként 2–3 amp. im. Menopausa-syndroma kezelésére naponta 2–3 kapszula, 2–3 hétig, ha a panaszok csökkennek, másodnaponta 1 kapszula további 5–6 héten át. Habitualis abortus, abortus imminens esetén adagja allyloestrol tartalmú készítményekkel (pl. Turinallal) kombinálható. Súlyosabb esetekben napi 150–180 mg. im.

Gyerekeknek:

Általában 3–12 hónapos korig napi 0,3–1,0 ml im. 1–14 évesig hetente 2–3 alkalommal 1 kapszula vagy 0,5–1,5 ml im naponta. Ezek az adagok kb. a

feltételezett napi szükségletnek felelnek meg (substitúciós adagok).

Farmakológiai hatás elérésére (pl. égbetegségekben), dystrophia musculorum progressivában ezeknek az adagoknak sokszorososa (5–10-szeres) adandó. Újszülöttkori scleroedemában 0,3–0,5 ml im. 2–5 napon át. Hazai vizsgálatok alapján indokoltnak látszik a mesterségesen táplált csecsemőket (2–12 hó között) a hiányállapot (alacsony vérszint) elkerülése végett E-vitamin substitúcióban részesíteni.



KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST



DONALGIN



kapszula



ÖSSZETÉTEL

Kapszulánként 250 mg acidum niflumicum-ot tartalmaz.

HATÁS

A Donalgin per os adható gyulladáscsökkentő és fájdalomcsillapító. Nem okoz natrium retenciót, így oedemaképződés veszélye nélkül alkalmazható.

JAVALLATOK

Izületi folyamatok:

rheumatoid arthritis, coxarthrosis, spondylarthritis ankylopoetica, akut köszvényes arthritis;

Nem ízületi folyamatok:

bursitis, tendinitis, epicondylitis;

Traumák:

törések, ficamok, zúzódások, a sportorvosi gyakorlatban előforduló ízületi fájdalmak, periostitis, lágyrész sérülések;

Postoperatív állapotok:

foghúzás, egyéb fogászati procedúrák, szülészeti-nőgyógyászati beavatkozások, IUD felhelyezés és eltávolítás;

Nőgyógyászat: adnexitis, parametritis;

Oto-rhino-laryngológia: sinusitis, rhinitis, gingivostomatitis, pharyngo-laryngitis, otitis media;

Egyéb: akut superficiális thrombophlebitis, ulcus cruris.

ELLENJAVALLAT

Terhesség. A készítmény iránti érzékenység.

A gyomor- és béltraktus fennálló fekélyes, vagy haemorrhagiás megbetegedése. Vese- és májbetegségek.

Gyermekeknek adása ellenjavallt.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS

Átlagos napi adagja 3×1 kapszula, amit étkezés közben vagy étkezés után a kapszula szétrágása nélkül, egészben kell lenyelni. Súlyos esetekben, különösen krónikus gyulladások akut fellobbanása esetén lehet a napi adagot 4×1 kapszulára növelni. Ennél nagyobb adagot nem célszerű adni, mert a terápiás hatás nem nő szignifikánsan, ugyanakkor fokozatosan számolni kell a mellékhatások megjelenésével. A javulás beállta után a fenntartó adag napi 1–2 kapszula.

Akut köszvényes arthritisben a kezdő adag két kapszula, két óra múlva újabb egy kapszula, majd két óra eltelte után még egy kapszula. Továbbiakban szükség szerint napi 2–4×1 kapszula.

Steroiddal kombinált kezelésben a steroid adag számottevően csökkenthető, ezáltal annak mellékhatásai ritkábban jelentkeznek.

MELLÉKHATÁSOK

Hányinger, hányás, hasmenés, gyomorfájás fordulhat elő, amely az adagok csökkentésekor rendszerint mérséklődik, de súlyosabb esetben a kezelést átmenetileg szüneteltetni kell.

Gyógyszerkölcsonhatások: Orális anticoagulánsokkal együtt adva ellenőrizni kell a prothrombin időt, mert ezt a Donalgin növelheti.

FIGYELMEZTETÉS

Ha az anamnézisben a gyomor- és a béltraktus fekélyes megbetegedése szerepel, csak rendszeres orvosi ellenőrzés mellett alkalmazható és mindig mérlegelni kell a terápia előnyét és a kezelés kockázatát. Tartós adagolása vesekárosodást okozhat, ezért a vese-funkció, továbbá a vérkép és májfunkció időnkénti ellenőrzése szükséges.

A kapszula gyermekek elől gondosan elzárandó!

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

2. táblázat. Az ITO állóeszköz értékének alakulása
1969—1980 között

Év	Állóeszközök értéke (Ft)	Növekedés 1969-hez viszonyítva (Ft)
1969	1 009 800,—	
1970	1 109 100,—	
1971	1 350 700,—	340 900,—
1972	2 076 500,—	1 066 700,—
1974	2 680 800,—	1 671 000,—
1976	2 754 700,—	1 744 900,—
1977	2 910 500,—	1 900 700,—
1980	2 982 500,—	1 972 700,—

Terápiás alapelvünk az AMI kezelésében a gyógyszeres és pacemaker prophylaxis (6, 22). Egyre gyakrabban alkalmazunk akut stadiumban értágítókat és a béta-blockolókat. Bevezettük a haemodinamikai kontrollt a cardiogen shock terápiájában. Heparin és Syncumar helyett általában thrombocytá aggregáció gátlást végzünk kis dózisú Colfarital. Heparint és Syncumart csak az emboliák szempontjából magas rizikójú esetekben alkalmazunk. A betegeket korán mobilizáljuk (11). Mindezen terápiás módszerek eredményét tükrözik az utolsó három év fontosabb statisztikai adatai: 1978—1980-ig 285 AMI esetet kezeltünk. Az akut szak halálozása 17,2% volt. 50 éves kor alatt csak egy beteget vettünk el. Az említett időszakban 285 infarctusos beteg közül 8-ban (2,87%) találtunk tüdőembóliát. Az ITO fontos tevékenysége a rythmuszavarok korszerű kezelése. Ennek lényege, hogy a keringést veszélyeztető rythmuszavart igyekszünk azonnal megszüntetni és a betegek folyamatos megfigyelését biztosítjuk. Osztályunkon rendelkezésünkre állnak a legmodernebb antiarhythmiás gyógyszerek és az elektromos terápia lehetőségei. Több éves tapasztalatunk alapján azonban állíthatjuk, hogy a drága külföldi gyógyszerekre viszonylag ritkán volt szükségünk, ha figyelemmel voltunk a sav—bázis-, elektrolitzavarokra és a hypoxiára. A sokak által sikeresnek mondott pitvari ingerlés defibrilláló és flatternt szüntető hatása kétséges. Nekünk pitvari overdrive-val csak ritkán sikerült a pitvari fibrillációt vagy flatternt megszüntetni.

Az ITO jellegéből adódik, hogy minden életveszélyes belgyógyászati kórkép kezelésére vállalkozik. A gyakorlat azt bizonyította, hogy kardiológiai részről az AMI, általános belgyógyászati részről pedig a különböző gyógyszerintoxicáció állt a vezető helyen. Ezeknek a kórképeknek egy helyen való kezelése nem célszerű. Gyakori jelenség, hogy a nyugalmat igénylő infarctusos beteg találkozik a nyugtalan, zajos, intoxikált beteggel, melynek káros hatása a szívbetegre egyértelmű. Már régen elérkezett az idő, hogy a sebészeti postoperatív intenzív osztályt kiváltsuk a belgyógyászati intenzív osztályoktól, de megérett a helyzet arra is, hogy az intenzív ellátást igénylő szívbetegeket máshol kezeljük, mint az egyéb belgyógyászati eseteket. Az igényeknek megfelelően az lenne az ideális, ha minden megye rendelkezne külön belgyógyászati, sebészeti és coronariaörző egységekkel. Ha a gazdaságosság úgy kívánja, hogy ezeket a disciplinákat egyesítsük, akkor egy egységen belül ezeknek területileg

is külön kell válniuk különböző felkészültségű személyzettel. Úgy tűnik, hogy 60—70 belgyógyászati ágyra egy coronaria ágy elegendő lenne. A nehézségek a földrajzi viszonyokból adódnak. Ha nagyok a távolságok, a távoleső helységeknek nincs hasznuk a legmodernebb coronariaörzőkből sem. Mi ezt a problémát úgy próbáljuk megoldani, hogy az ITO-tól távolabb lakókat először a legközelebbi kórházba szállítjuk és szükség esetén megfelelő kísérettel onnan vesszük át a betegeket. Ennek persze az a feltétele, hogy minden kórház legyen felkészülve a defibrillációra és az ideiglenes pacemaker kezelés sürgős, életmentő elvégzésére. Az elmúlt években évente 10—15 esetben szállítottunk át más kórházból osztályunkra akut kardiológiai beteget. Érdemes megemlíteni, hogy az átlagos 1 órás szállítás közben egyetlen beteget sem vettünk el, amiből azt a tanulságot vonjuk le, hogy megfelelően előkészített és biztosított beteg szállítása kisebb veszélyt jelent, mint a rosszabb feltételek közötti kezelés.

Kardiológiai szakrendelés és gondozás

A megyei kardiológia nem működhet szakrendelés és gondozó nélkül, ezért 1979. január 1-én Szekszárdon kardiológiai szakrendelést indítottunk. Ez végzi Tolna megye szívbetegének gondozását is. A rendelést a kardiológiai osztály orvosai felváltva végzik napi 6 órában. Az a cél, hogy a beteg a szakrendelésen és az osztályon ugyanazon orvos kezében legyen és érvényesüljenek az azonos diagnosztikus és kezelési alapelvek. A szakrendelés működésének első hónapjaiban már lehetett látni, hogy a 266 000 lélekszámú megyében egy rendelés nem elegendő, ezért csak azok az esetek utalhatók a kardiológiai szakrendelésre, akiket a belgyógyászati szakrendelés indokoltnak tart. A gondozásba vett betegeket a körzeti orvos közvetlenül is beutalhatja. Egyelőre azokat a betegeket gondozzuk, akiknek a diagnózis kétségtelen vagy kardiológiai profilú osztályról származik. A gondozásban a körzeti orvos igen fontos szerepet tölt be, hiszen ő áll közvetlen és állandó kapcsolatban a betegekkel. A gondozás módja a kardiológiai osztály által meghatározott elvek alapján történik.

A körzeti orvos általános kardiológiai gondozási feladata

Nyilvántartást vezet a gondozott betegekről. Ennek tartalmazni kell a beteg adatait, diagnózisát, a megjelenések idejét és a visszarendelés tervét. Erre az adatlapra kell rávezetni minden fontosabb eseményt, mely a beteggel történik. Ha a betegben jelentős állapotváltozás következik be — pl. angínából infarctus lesz —, akkor a nyilvántartási kartont át kell helyezni az új csoportba. Az elhalt betegek kártonjait be kell küldeni a gondozóba. Minden év január 15-ig a sáv-főorvosnak jelenteni kell a gondozott betegek számát, betegségcsoportok szerint és fel kell tüntetni az elhalálozottak számát is. A körzeti orvost teljes szabadság illeti a gondozásban, de minimum azokat az utasításokat be kell tartani, amit a sáv-főorvostól kap. Az egyes gondozási csoportok gondozási módszerei között lényeges különbségek vannak, pl. a hypertonia ellenőrizhető

a körzeti orvos által, de pl. a pacemakeres betegek ellenőrzése a gondozóra hárul. Éppen ezért, hogy a beteget a progressív ellátás mely szintjén gondozzuk, azt első lépésben a sáv-főorvosnak és a körzeti orvosnak közösen kell eldönteni.

A sáv-főorvos általános feladata

A hozzátartozó körzeti orvosok gondozási munkáját irányítja és ellenőrzi. Közvetlen kapcsolatban áll a kardiológiai gondozóval és osztállyal. A gondozást a megyei kardiológus főorvos szakmai irányítása alapján végzi, ill. végezteti. Minden évben február 01-ig jelentést küld a gondozónak az előző évben gondozottak számáról betegségsz csoportok szerint.

A szakgondozó általános feladata

A gondozó kartont vezet a betegekről. Szakorvosi tanácsal látják el a betegeket és a beküldő orvosokat. Gondoskodnak a betegek visszarendeléséről. Belefolyanak a munkaképességet véleményező bizottságok munkájába. A gondozó a megyei kardiológus főorvos irányítása alapján dolgozik.

Általános gondozási elvek

A gondozás adiminisztrációja akkor hiteles, ha a sáv-főorvosok által szolgáltatott adatok egyeznek a gondozók adataival. Előfordulhat, hogy a beteget a sáv-főorvos vagy a gondozó visszakéri, vagy esetleg a beteg közvetlenül a gondozóban jelentkezik. Hasonló helyzetek végül is azt eredményezhetik, hogy a betegek kicsúsznak a rendszeres és hivatalos gondozásból. Éppen ezért alapelvnek tekintjük, hogy mindhárom gondozói szintnek tudni kell a beteg sorsáról. Ha pl. az osztály elsőként észleli a beteget, távozáskor a zárójelentéssel elküldi saját gondozójába, az viszont értesíti a körzeti orvost, még akkor is, ha az ellenőrzés gondozói szinten szükséges. Ilyenkor a körzeti orvos bejegyzi a kartonra, hogy „gondozás szakgondozói szinten”. A beteggel minden alkalommal meg kell beszélni a következő ellenőrzés idejét és helyét. Ha nem jelenik meg újra, felkutatását nem végezzük és a beteget a nem kollaboráló csoportjába helyezzük. Ezek a betegek képezik a gondozás kontrollját.

A gondozásba vett betegségsz csoportok: 1. angina pectoris, 2. infarctus myocardi, 3. arhythmia, 4. vitiumok, 5. pacemaker implantált esetek.

2140 szívbeteg gondozunk, ami a számított és várható 3132-nek kerekén 70%-a. Még néhány évnek kell eltelti, míg megyénk minden szívbetegét gondozásba vehetjük. Nálunk a korszerű rehabilitáció szervezése most van folyamatban, de a több éve működő gondozás már ezen a téren is érezteti hatását. Az utóbbi három évben az aktív korú infarctusos betegeink 67%-át rokkantossítottuk megyénkben, az osztályunkon kezeltéknek viszont csak 35%-át.

Tudományos munka

A centralizált és profilírozott betegellátás nemcsak a betegeknek hasznos, hanem a klinikai tudó-

mányos tevékenységet is fellendíti. A nagyszámú szívbeteg, az új vizsgáló módszerek és modern terápiás törekvéseink lehetővé tették, hogy az elmúlt években több megfigyelésről számoljunk be. Osztályunk mutatta be az első His-köteg EKG-t Magyarországon és azok között voltunk, akik rutinszerűen kezdték alkalmazni az ideiglenes pacemakert (15, 28). A világon elsőként regisztráltunk His-köteg EKG-t mozgó betegen telemetria segítségével (25). Ezek voltak a jelentősebb eredmények, de egyéb megfigyelésekre is nyílt alkalmunk, amelyek diagnosztikus és terápiás munkáinkat előbbre vitték (1, 3, 5, 12—14, 19—21, 23, 24, 26, 27, 29, 32—34, 36).

A kardiológiai osztály és a számítástechnika kapcsolata

Kórházunkban 1976 óta Videoton R—10-es számítógép működik. Kezdetben a gazdasági vonal és a betegfelvétel gépi adatszolgáltató rendszerét dolgozták ki. A kardiológia és a számítógép kapcsolata akkor kezdődött, amikor 1977-ben megkezdtük az ITO és a Kardiológiai Osztály bázisadatainak számítógépes feldolgozását. Az osztályunkon ápolott betegek fontosabb adatai és a mikrofilmen tárolt kór-lap, lázlap dokumentáció állandóan rendelkezésünkre áll. 1978 óta végezzük a radiokardiogramok gépi értékelését. Gyakorlati jelentőségű kísérletünk a felületi EKG telefonon történő továbbítása és computer analysise. Ennek kapcsán különböző algorhythmusok kipróbálását végezzük. Az asztali számítógépek a kardiológiában is felhasználhatók. A mágneskártyás adattárolóval és nyomtatóval kiegészített Texas T 159 zsebszámológép segítségével irányítjuk azokat az infúziókat, amikor több változó adattal kell számolni. (Nitrolingual, Niprid, Dobutrex stb.). Ez a számítógép megkönnyíti a különböző hemodinamikai paraméterek kiszámítását (shunt nagyság, periferiás resistencia stb.).

Anyagi vonatkozások

Jól működő korszerű kardiológiához is pénzre van szükség, mégpedig sok pénzre. A legnagyobb kiadást az ITO igényelte, de az 51 ágyas általános belgyógyászati osztályunk anyagi fedezetének is kb. 50—60%-át kardiológiai esetek igényelték. A 6 órás kardiológiai szakrendelés már keletkezésekor kevésnek bizonyult, mint említettük. A kardiológia más szakmákat is igénybe vesz, pl. a laboratóriumot, a röntgent, amelyek vizsgálatai nem a kardiológiai osztály anyagi keretét terhelik. Példaképpen említhető, hogy osztályunk 1980-ban 45 591 vizsgálatot végeztetett el a központi laboratóriummal. Nehéz tehát a kardiológia teljes pénzügyi kiadását meghatározni, de a könyvelésileg külön nyilvántartott ITO tízéves adatai érzékeltetik a pénzügyi nagyságrendeket.

Az 1. táblázaton feltüntettük az ITO összes kiadásait, beleértve a műszereket, ill. azok évi anyagi vonzatát. Nem szerepel a táblázaton az ITO építési, korszerűsítési költsége. Az állóeszközök élettartamát önkényesen 15 évnél vettük és minden évben a műszerek árának tizenötöd részével terheltük a költségvetést. Az összes kiadást elosztottuk a bete-

gek számával és így megkaptuk az egy beteg ápolására fordított átlagos kiadást. A számok alapján megállapítható, hogy a 6 ágyas ITO évi költségvetése minimum 1,5–2 millió Ft volt és egy beteg ápolására átlagban 6000 Ft-ot fordítottunk, ami lényegesen alacsonyabb, mint az USA-ban működő coronariaőrzők ráfordítási kerete (35). Az állóeszközök értékének alakulását a 2. táblázat mutatja. Jelenleg közel 3 millió forint értékű műszerrel rendelkezünk.

A jövő útja

Jogos igény, hogy minden megyében működjön kardiológiai profilú osztály, szakrendelés és gondozó. Ezek az osztályok magasabb szintű kardiológiai centrumhoz csatlakoznak és így ország-szerte megvalósul a progresszív kardiológiai beteg-ellátás eszméje és gyakorlata. A megyei kardiológiai centrumok képesek lehetnek bármilyen invazív módszer alkalmazására, de a jövő mégis a noninvazív módszereké. Az echokardiographia és az isoto-
p diagnosztika helye a jövőben elsősorban megyei szinten lesz, hiszen nagyobb tömegek szakszerű selectálása éppen ezeken a helyeken kívánatos. A korszerű rehabilitációval még a legtöbb megyében adósok vagyunk.

IRODALOM: 1. Blaskovich E., Tarján J.: Orv. Hetil. 1977, 118, 3094. — 2. Eisert, A., Sarvay T.: Orv. Hetil. 1952, 93, 1363. — 3. Fenyvesi É. és mtsai: Orv. Hetil. 1978, 119, 2813. — 4. Gaborják M., Tarján J.: Orv. Hetil. 1979, 120, 1873. — 5. Gaborják M., Tarján J., Horgász J.: Cardiol. Hung. 1979, 8, 139. — 6. Gaborják M., Tarján J.: A Magyar Belgyógyász Társaság Dunántúli Sectiójának XXIV. Vándorgyűlése. Székesfehérvár, 1977. Előadáskivonatok. 36. old. — 7. Gaborják M., Tarján

J., Hegyi A.: A Magyar Belgyógyász Társaság Dunántúli Sectiójának XXV. Vándorgyűlése, Szombathely, 1978. Előadáskivonatok. 53. old. — 8. Ghyczy K.: A Magyar Kardiológusok Társasága 1981. évi ülése, Balatonfüred, Zárday-emlékelőadás. — 9. Halmágyi D., Felkai B.: Orv. Hetil. 1952, 93, 1357. — 10. Hámori A.: Szóbeli közlés. — 11. Jeschke, D., Caesar, K., Kaufmann, W.: Dtsch. med. Wschr. 1972, 97, 344. — 12. Józán M., Tarján J.: Magy. Belorv. Arch. 1980, 33, 145. — 13. Józán M., Tarján J., Rostás L.: Magy. Belorv. Arch. 1981, 34, 35. — 14. Józán, M., Tarján, J., Rostás, L.: Herz/Kreisl. 1981, 3, 127. — 15. Kolta P., Tarján J.: A Magyar Kardiológusok Társasága 1977. évi tudományos ülése, Balatonfüred. Előadáskivonatok. 149. old. — 16. Kudász J.: Szóbeli közlés. — 17. Littmann J., Kunos J.: Orv. Hetil. 1953, 94, 1127. — 18. Rostás L., Tarján J., Fenyvesi É.: Card. Hung. 1976, 5, 107. — 19. Rostás L., Tarján J.: Adv. Cardiol. 1977, 19, 259. — 20. Rostás L., Rostás Z., Tarján J.: Orvos és Technika 1977, 15, 59. — 21. Rostás L. és mtsai: Orv. Hetil. 1979, 120, 2242. — 22. Rostás L., Tarján J., Józán M.: Magy. Belorv. Arch. 1979, 32, 140. — 23. Rostás L., Tarján J.: Z. Kardiol. 1980, 69, 779. — 24. Rostás L.: Orv. Hetil. 1980, 121, 1953. — 25. Rostás L., Tarján J.: Cardiol. Hung. 1981, 10, 75. — 26. Tarján J., Kovács S., Füsti, M.: Proc. 4th. World Congr. Ball. and Cardiovasc Dynamics, Amsterdam, 1975. Bibl. Cardiol., 1976, 35, 120. — 27. Tarján J. és mtsai: Magy. Nőorv. L. 1976, 39, 570. — 28. Tarján J. és mtsai: Orv. Hetil. 1977, 118, 67. — 29. Tarján J. és mtsai: Modern Electrocardiology (Ed.: Antalóczy, Z., Akadémiai Kiadó, Budapest, 1978. p. 387. — 30. Tarján J.: XXVII. Belgy. Nagygyűlés. 1978. Budapest, Előadáskivonat 116. old. — 31. Tarján J. és mtsai: Orv. Hetil. 1979, 120, 1187. — 32. Tarján J., Rostás L.: Orv. Hetil. 1980, 121, 647. — 33. Tarján J.: Tolna megyei Belgyógyász Konferencia, Dombóvár, 1980. — 34. Tarján J.: Magyar Belgyógyász Társaság Dunántúli Sectiójának XXVIII. Vándorgyűlése, Kaposvár, 1981. Előadáskivonatok, 52. old. — 35. Thibault, G. E. és mtsai: New Engl. J. Med. 1980, 302, 938. — 36. Wagner Gy., Tarján J.: Cardiol. Hung. 1979, 8, 123. — 37. Zárday, J.: Praktische Kardiologie. Steinkopff, Dresden, Leipzig, 1961.

az



1983. I. félévi kiállítási programja

Május 10–13.

Korszerű laboratóriumok eszközei kiállítása a Bemutatóteremben

Május 24–június 3.

Egészségügyi Újítók kiállítása a Bemutatóteremben

Június 14–18.

„BORZE” Győrben



Bemutatóterem

Bp. VI., Népköztársaság útja 36.

Nyitva: naponta 9–16 óráig

Kiállításainkra minden érdeklődőt szeretettel várunk



Orvosi Műszerkereskedelmi Vállalat



1071

Antivaricosica

VENORUTON[®]

GÉL

külsőleges használatra

ÖSSZETÉTEL

1 tubus (40 g) 0,8 g 0-(β -hydroxyethyl)-rutosidea hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

Akut trombophlebitis, varicophlebitis esetén localis fájdalom csökkentése;

lobmentes, ún. „fájdalmas, meleg vénák” kezelése; lágyrészsérülések (contusio, distorsio stb.) esetén a feszülés, ödéma csökkentése;

egyéb steril lobos állapotok (gyulladt bűtyök, lúdtalp stb.);

különböző mikrocirculációs keringési zavarok (pl. fagydeganat).

ELLENJAVALLATOK

Jelenleg nem ismeretesek.

ALKALMAZÁS

Reggel és este a kezelendő felületre felkenjük, egyenletes, enyhe masszírozással a bőrbe dörzsöljük. Szükség esetén borogatást (este) vagy kompressziós kötést (reggel) helyezünk fel.

MEGJEGYZÉS

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS

40 g-os tubus, térítési díja: 4,60 Ft.

előállítja: **BIOGAL GYÓGYSZERGYÁR, DEBRECEN**
ZYMA AG licencia alapján



PERÉNYI ANDRÁS DR.

A pszichofarmakonok megvonása után kialakuló tünetegyüttesek

Országos Ideg- és Elmegyógyászati Intézet (főigazgató: Tariska István dr.)

A szerző áttekinti a mindennapos pszichiatriai gyakorlatban leghasználatosabb pszichofarmakonok megvonása után várható tünetegyütteseket, kivéve a természetesen elvárható pszichés relapszust. Kiemeli, hogy a gyógyszerek megvonásának fokozatosan kell történnie, valamint, hogy a jó orvos—beteg kapcsolattal megelőzhető a betegek részéről saját elhatározásból történő gyógyszerelhagyás.

Symptom-complex developing after the withdrawal of psychotropic drugs. The author summarizes the general and special symptoms observed following the withdrawal of neuroleptics, antiparkinsonian drugs used in psychiatry, anti-depressants and minor tranquilizers. The necessity of the gradual withdrawal of the drugs is emphasized.

A pszichofarmakonok napjainkban egyre szélesebb körben kerülnek alkalmazásra, és mivel e szereket igen gyakran krónikusan kell adagolnunk, érthető, hogy elhagyásuk kapcsán időnként megvonási tünetekkel kell számolnunk. Ezen tünetek ismerete fontos nemcsak az elmeorvos, hanem az általános orvos számára is. A pszichiáternek tudnia kell, hogyan történjék egy-egy szer elhagyása, illetve, ha nem ennek megfelelően történik, a kialakult tüneteket megfelelően kell tudnia kezelni. A többi szakmában tevékenykedő orvos is találkozhat olyan beteggel, aki saját elhatározásából hagyta el gyógyszerét és az így kialakult szindrómát lényeges lenne felismerni — természetesen a megfelelő anamnesis ismeretében.

Az alábbiakban a különböző pszichofarmakonok megvonása kapcsán kialakuló tünetegyütteseket gyógyszercsoportonként tárgyaljuk. Foglalkozunk — bár pszichofarmakonnak nem tekinthetők — az elmeorvoslásban gyakran használt antiparkinsonos szerekkel. Nem kerül tárgyalásra a neuroleptikumok, illetve antidepresszánsok elhagyása után kialakuló pszichés relapszus, mert bár pszichiátriai szempontból ez a legnagyobb veszélye a megvonásnak, nem lenne célszerű megvonásos tünetként értékelnünk a természetesen elvárható visszaesést.

Neuroleptikumok

A neuroleptikumok hirtelen elhagyása után egyrészt általános tünetekkel kell számolnunk. Így hányinger, hányás, verejtékezés, nyugtalanság, álmatlanság, fejfájás, esetleg tachycardia, illetve izomfájdalmak jelentkezhetnek (4, 5, 7, 22). Természetesen, hogy milyen kombinációban lépnek fel ezek a tünetek, kiszámíthatatlan. A tünetek általá-

ban napokon belül jelennek meg, de esetleg 1—2 hét is eltelhet a szer elhagyása és a fenti tünetek megjelenése között (4, 23). Idősebb nőbetegeknél gyakrabban kell számolnunk a tünetegyüttes kialakulásával (4). A neuroleptikumoknak az elhagyása előtti dózisa nem játszik lényeges szerepet az általános tünetek megjelenésében (7). Luchins és mtsai (24) az irodalmat áttekintve azt találták, hogy a fenti szimptomák inkább az erőteljesebb antikolinerg hatású szerek elhagyása után alakulnak ki, a tünetek kolinerg visszacsapásnak felelnek meg, és nincs közük az illető neuroleptikum terápiás, antidopaminerg hatásához. Ez alapján az általános tünetek kialakulásával gyakrabban kell számolnunk chlorpromazin, thioridazin elhagyásakor, mint haloperidol, trifluoperazin hirtelen megvonásakor. A fentiek alapján a tünetegyüttes kezelésében antikolinerg szerek jönnek szóba a kolinerg visszacsapás ellensúlyozására. A szorongás oldására benzodiazepinek alkalmazhatók, illetve súlyos tünetek felléptekor, az eredeti szer ismét adható (4).

A neuroleptikumok nem elég fokozatos elhagyásának eredményeként dyskinesiaiak léphetnek fel. Általában tartósabb neuroleptikus kezelés után kell számolnunk ezen extrapyramidalis tünetegyüttes kialakulásával. A mozgászavarok, melyek magukba foglalják a száj körüli izmok, a nyelv, az áll, a végtagok, illetve a törzs akaratlan mozgásait a denervációs szuperszenzitivitás (19) elmélete alapján magyarázhatók, a teória ellentmondásai ellenére is (2). Az elmélet lényege, hogy a huzamos kezelés során a nigrostriatalis dopamin receptorok túlérzékennyé válnak a dopaminnal szemben. A neuroleptikumok elhagyásakor a receptorok felszabadulnak az ezen szerek által okozott blokádtól, túlérzékenységük következtében pedig dopamin túlsúly alakul ki ebben a szisztémában, melynek megnyilvánulásai a hiperkinesisek (17). E dyskinesiaiakat

két csoportra osztjuk, fedett, illetve megvonásos dyskinesziákra. A kettő között az alapvető különbség, hogy míg az előbbi nem szűnik meg spontán és gyakorlatilag valódi tardív dyskinesziába megy át, az utóbbi idővel spontán megszűnik. (A fedett dyskinesia esetén tulajdonképpen a neuroleptikus dopamin receptor blokádnak „elfedi” a receptorok túlérzékenységét a nigrostriális rendszerben, és a gyógyszer elhagyása után válik az nyilvánvalóvá.) A megvonásos dyskinesziák 1–22 hét alatt szűnnek meg (17). Érdemes megemlíteni, hogy a megvonás-kor kialakuló dyskinesia életveszélyes állapotot is előidézhet (9). E tünetegyüttes kezelésében meglehetősen szerények lehetőségeink, kialakulásukkor, amennyiben mód van rá, érdemes várunk pár hetet a terápia megkezdésével, hiszen elképzelhető, hogy spontán is szűnő megvonásos dyskinesziáról van szó. Amennyiben pár hét alatt a tünetek nem enyhülnek, tehát tardív dyskinesziává fejlődött fedett dyskinesia alakult ki, felmerülhet az eredeti neuroleptikum visszaadása (9), vagy bármely olyan szer, melyet a tardív dyskinesia kezelésére ajánlanak.

Ma már általánosan elfogadott, hogy a neuroleptikumok terápiás hatása dopamin receptor blokkoló hatásukkal függ össze (40, 43). Állatkísérletek szerint (11) mesolimbikus rendszerbeli túlérzékenység alakulhat ki a krónikus kezelés során. Post-mortem vizsgálatok szerint a neuroleptikus kezelés során növekszik a dopamin kötőhelyek száma a bazális ganglionok mellett a mesolimbikus rendszerben is (1). Ezek alapján érthető, hogy a neuroleptikum megvonása után egyes esetekben az *eredeti tünetektől* eltérő, fokozott mozgás és szexuális késztetéssel járó pszichés állapot alakult ki, mely a neuroleptikum ismételt adására gyorsan rendeződött. A tünetegyüttest leírói tardív dyskinesia min-tájára tardív dysphreniának nevezték (15).

Antiparkinsonos szerek

Az antiparkinsonos szerek használata a pszichiatriában gyakran válik szükségessé, hiszen a neuroleptikumok által okozott korai extrapyramidális mellékhatások megelőzésében, illetve kezelésében alapvető szerepük van. Az elmegyógyászati gyakorlatban leggyakrabban használt antiparkinsonos szerek többnyire antikolinergek, hazánkban azonban elterjedt az antihisztamin tulajdonságú prometazin alkalmazása. Az antiparkinsonos szerek megvonása után ugyancsak számolnunk kell általános tünetekkel. Így a leggyakrabban észlelt tünetek: nyugtalanság, álmatlanság, verejtékezés, diffúz fájdalmas, hányinger (25, 37). Ezen tüneteket könnyen lehetne az antikolinerg szerek elhagyása után kialakuló kolinerg visszacsapásnak tulajdonítani, azonban hasonló tüneteket észleltünk magunk is hazai betegeken végzett vizsgálat során — holott betegeink jelentős része prometazint kapott (30).

Ahogy, mint fentebb említettük, nem kívánunk foglalkozni a neuroleptikumok, illetve antidepresszánsok elhagyása után bekövetkező pszichés relapsussal, nem kívánunk részletekbe bocsátkozni a parkinsonos tüneteknek a megvonás után való ismételt jelentkezésével kapcsolatban sem. Megem-

lítenénk azonban, hogy ebben a vonatkozásban a legváltozatosabb adatokkal találkozunk, a különböző vizsgálatok szerint 7 és 68% között mozog azon betegek előfordulási gyakorisága, akiknek újra kellett adni az eredeti antiparkinsonos szert (8, 20, 26, 28, 37, 41). Mivel a neuroleptikus parkinsonizmus és a tardív dyskinesia patomechanizmusukat tekintve ellentett állapotoknak felelnek meg, azt várhatjuk, hogy az antiparkinsonos szerek elhagyása után a tardív dyskinesia enyhülni fog (14). Saját vizsgálataink során azonban azt találtuk, hogy ezen gyógyszerek megvonása után a tardív dyskinesia súlyosbodott (30). Eltérő eredményeinkben szerepet játszhat az is, hogy betegeink jelentős részénél prometa-zin került elhagyásra.

Az antiparkinsonos szerek megvonása kapcsán pszichés tünetek is jelentkezhetnek, melyet *Orlov és mtsai* (28) gyógyszerdependenciának tulajdonítanak. Tény, hogy az ő vizsgálatukban többek között trihexyphenidyl (Parkan) elhagyására is sor került, de nem valószínű, hogy csak ez okozná a szimptomák kialakulását. Vannak adatok, melyek a depresszió és a parkinsonizmus közös patofiziológiájára utalnak (38) és az antiparkinsonos szerek megvonása után észlelt pszichés tünetek valóban gyakran depresszív színezetűek (37). *Manos és mtsai* (25) az antiparkinsonos szerek elhagyása után a következő tüneteket észlelték: hallucinációk, nyugtalanság, fáradtság, akinézia, öngyilkossági kísérlet.

Antidepresszánsok

A triciklusos antidepresszánsok megvonása után ugyancsak leírtak megvonásos tüneteket, bár az ezzel foglalkozó közlemények száma csekély. *Kramer és mtsai* (21) 45 beteget vizsgáltak, akikről imipramint vontak meg, miután stabilizálták a 300 mg-os dózist. A két hónapnál tovább kezelt 26 beteg közül 22-nél, a két hónapnál rövidebb ideje kezelt 19 betegből 3-nál jelentkeztek megvonási tünetek, melyek maximum két hétig tartottak. Az észlelt szimptomák a következők voltak: hányinger, hányás, fejfájás, gyengeség, izomfájdalmak, szédülés. 50 mg imipramin ismételt adására a betegek állapota rendeződött. *Sathanathan és Gershon* (39) 3 beteg esetét írták le, akiknél 300–450 mg imipramin elhagyása után szorongás, nyugtalanság, akatí-ziaszerű állapot alakult ki 24 órán belül. Az ismét adott imipramin ebben az esetben is órákon belül megszüntette a tüneteket. *Gualtieri és Staye* (18) egy 8 éves gyermeknél írtak le hasmenést, hányást, hasi fájdalmasokat 7 hónapi, napi 50 mg-os amitriptylin átmenet nélküli elhagyása után. *Bialos és mtsai* (6) dupla vak vizsgálatban 10-ből 8 betegnél észleltek irritabilitást, alvászavart, nyugtalanságot az amitriptylinnek az előbbieknél fokozatosabb elhagyása esetén. A leírt tünetek nagyon hasonlóak az alacsony potenciálú neuroleptikumok és az antiparkinsonos szerek megvonásakor észlelt általános tünetekhez, melyekkel kapcsolatban említettük, hogy talán kolinerg visszacsapásnak felelnek meg. Tekintettel az imipramin és az amitriptylin antikolinerg hatására a patomechanizmus talán ebben az esetben is hasonló. Amennyiben ez igaz, az antidepresszánsok újabb generációjának (pl. maprotilin)

alkalmazása esetén kevésbé kell számolnunk a fenti tünetegyüttes felléptével.

A monoamino oxydase bénítók hazánkban talán túlzottan mellőzöttek, holott egyes esetekben több eredménnyel kecsegtetnek, mint a triciklikus antidepresszánsok (29). Megvonásukkal kapcsolatban Pitt közölt két esetet, amikor 2 hétig tartó influenzaszerű állapot alakult ki phenelzin elhagyása után (33).

A pszichés relapszussal az antidepresszánsok tárgyalásakor sem kívánunk foglalkozni, említésre méltó azonban, hogy Mirin és mtsai (27) 7 endogén depressziós betegnél észlelték mania, vagy hypomania kialakulását az antidepresszánsok elhagyása utáni napokban.

Lithium

A mindennapos klinikai tapasztalat szerint a lithium elhagyása nem okoz megvonási tüneteket. Ezt egy erre vonatkozó vizsgálat is alátámasztja (36).

Anxiolitikumok

Anxiolitikumok az általános orvosi és pszichiátriai gyakorlatban is gyakran használatosak, sőt, sok beteg szedi ezeket a szereket saját elhatározásból — de igen sokszor rendszertelenül. Így talán ebben a csoportban kell számolnunk leggyakrabban megvonási tünetekkel. A legelterjedtebben alkalmazott anxiolitikumok hazánkban a meproamat és a benzodiazepinek.

Egy tanulmány szerint (13) 47-ből 44 betegnél fejlődtek ki megvonásos tünetek meproamat elhagyása után. E szimptomák — álmatlanság, hányás, tremor, szorongás, hallucinációk — 40 napos magas dózisú kezelés hirtelen abbahagyása után léptek fel.

A benzodiazepinek elhagyása utáni leggyakoribb tünetek a szorongás, agitáltság, álmatlanság, tremor, fájdalom, hangulati nyomottság, súlyvesztés (10, 32, 45). Ezen panaszok a megvonást követő napokban jelentkeznek (32, 45).

Ritkábban ugyan, de súlyosabb tünetek is észlelhetők a nem elég fokozatos elhagyás után. Így leírtak paranoid állapotokat (31, 34), epilepsziás görcsöket (35) comát (12), esetleg az enyhébb tünetek fokozatos progresszióját Korsakov-szindrómába (3). Epilepsziás rohammal — amennyiben az egyáltalán fellép — az elhagyást követő második-nyolcadik napon számolhatunk (12, 42).

Pszichotikus állapotok a megvonás után 3–14 nappal alakulhatnak ki (16), de természetesen a betegek csupán kis százalékában kell számolnunk kifejlődésükkel. Néha azonban emiatt kezelés is szükségessé válhat a pszichózis súlyossága miatt. Vigyáznunk kell természetesen ilyenkor, hiszen a fenotiazinok csökkentik a görcsküszöböt (34), így felmerülhet az eredeti benzodiazepin visszaadása és aztán fokozatos elhagyása (34).

Peturson és Lader 16 olyan betege közül, akik régóta szedtek terápiás dózisban benzodiazepint dupla vak vizsgálatban mindnél jelentkezett szorongás, agitáltság, nyugtalanság, 12-nél percpációs zavarok, 9-nél ingerlékenység, 2-nél paranoid állapot, bár a megvonás fokozatos volt (31).

Tyrer és mtsai dupla vak vizsgálatukban — kritériumtól függően — 27–45%-ban észlelték megvonási tünetek kialakulását terápiás adagban szedett benzodiazepin átmenet nélküli elhagyása után, melyek súlyosságát propranolollal sikerült csökkenteni — de az előfordulási gyakoriságot nem (42).

Ami a benzodiazepinek megvonása után kialakult tünetek kezelését illeti, Heminevrin alkalmazása, úgy tűnik, hasznos lehet (16).

Klinikai következtetés

A rövid áttekintés célja nem a megvonási tünetek dramatizálása volt. A leírt tünetek nem minden betegnél alakulnak ki, sőt, egyes gyógyszer-típusok esetében kifejezetten ritkán és súlyosságuk is nagyon változó. Természetesen további következmény az eredeti tünetek ismételt fellépése, melyet itt nem tárgyaltunk. Elmeorvosoknak és más szakma orvosainak is helyes tudni azonban, hogy az ismert tünetegyüttesek felléptének kockázata minimálisra csökkenthető a fokozatos elhagyással. Mivel másrészt gyakran előfordul, hogy a beteg saját elhatározásából hagyja abba a pszichofarmakon szedését, ennek megelőzésére is gondot kell fordítani. A beteget figyelmeztetni kell a kihagyás veszélyeire, és nem lehet eléggé hangsúlyozni a jó orvos — beteg kapcsolat fontosságát, hogy a beteg bízzék orvosában és az orvos által rendelt gyógyszerben.

IRODALOM: 1. Angus, V. J. és mtsai: Arch. Gen. Psychiat. 1982, 39, 991. — 2. Arató M. és mtsai: Ideggyógy. Szle. 1981, 34, 145. — 3. Barten, H. H.: Am. J. Psychiat. 1965, 121, 1210. — 4. Battegay, R.: Nervenarzt 1966, 37, 552. — 5. Bennett, J. L., Kooi, K. H.: Arch. Gen. Psychiat. 1961, 4, 413. — 6. Bialos és mtsai: Am. J. Psychiat. 1982, 139, 325. — 7. Brooks, G. W.: Am. J. Psychiat. 1959, 115, 931. — 8. Cahan, R. B., Parrisch, D. D.: Am. J. Psychiat. 1960, 116, 1022. — 9. Casey, D. E., Rabins, P.: Am. J. Psychiat. 1978, 135, 486. — 10. Covi, L. és mtsai: Acta Psychiat. Scand. 1973, 49, 51. — 11. Davis, K. L., Rosenberg, G. S.: Biol. Psychiat. 1979, 136, 104. — 12. De Bard, M. L.: Am. J. Psychiat. 1979, 136, 104. — 13. Ewing, J. T., Haizlip, T. M.: Am. J. Psychiat. 1958, 114, 835. — 14. Fann, W. E., Lake, C. R.: Dis. Nerv. Syst. 1974, 35, 324. — 15. Forrest, D. V., Fahn, S.: J. Clin. Psychiat. 1979, 40, 87. — 16. Fruensgaard, K.: Acta Psychiat. Scand. 1976, 53, 105. — 17. Gardos, G., Cole, J. O., Tarsy, D.: Am. J. Psychiat. 1978, 135, 1321. — 18. Gualtieri, C., Staye, J.: Am. J. Psychiat. 1979, 136, 457. — 19. Klawans, H. L.: Am. J. Psychiat. 1973, 130, 82. — 20. Klett, C. J., Caffey, J. R.: Arch. Gen. Psychiat. 1972, 26, 374. — 21. Kramer, J., Klein, D., Fink, M.: Am. J. Psychiat. 1961, 118, 549. — 22. Kumar, B. B.: J. A. M. A. 1978, 239, 25. — 23. Lacoursiere, R. B., Spohn, H. E., Thompson, K.: Comp. Psychiat. 1976, 17, 285. — 24. Luchins, D. J., Freed, W. J., Wyatt, R. J.: Am. J. Psychiat. 1980, 137, 1395. — 25. Manos, N., Gkiouzevas, J.: Acta Psychiat. Scand. 1981, 63, 28. — 26. Manos, N., Gkiouzevas, J., Logothetis, J.: Am. J. Psychiat. 1981, 138, 184. — 27. Mirin, S. M., Schatzberg, A. F., Creasy, D. E.: Am. J. Psychiat. 1981, 138, 87. — 28. Orlov, P. és mtsai: Arch. Gen. Psy-

chiat. 1971, 25, 410. — 29. Pare, C. M. B., Cole, J. O.: Mc. Lean Hosp. J. 1977, 2, 24. — 30. Perényi, A. és mtsai: Changes in extrapyramidal symptoms following antiparkinson drug withdrawal. Clin. Neuropharm. In press. — 31. Petursson, H., Lader, M. H.: Brit. Med. J. 1981, 283, 643. — 32. Pevnick, J. S., Jasinski, D. R., Haertzen, C. A.: Arch. Gen. Psychiat. 1978, 35, 995. — 33. Pitt, B.: Brit. Med. 1974, 2, 332. — 34. Preskorn, S. J., Denner, L. J.: J. A. M. A. 1977, 237, 36. — 35. Rifkin, A., Klein, D. F., Quitkin, F.: J. A. M. A. 1976, 236, 2172. — 36. Rifkin, A. és mtsai: Psychopharmacologia.

1975, 44, 157. — 37. Rifkin, A. és mtsai: Arch. Gen. Psychiat. 1978, 35, 483. — 38. Robbins, A. H.: Brit. J. Psychiat. 1976, 128, 144. — 39. Sathananthan, G., Gershon, S.: Am. J. Psychiat. 1973, 130, 1286. — 40. Snyder, S. H. és mtsai: Science 1974, 184, 1243. — 41. Stratas, N. E. és mtsai: Dis. Nerv. Syst. 1963, 24, 180. — 42. Tyrer, P., Rutherford, D., Huggett, T.: Lancet 1981, 11, 520. — 43. Van Praag, H. M.: Brit. J. Psychiat. 1977, 130, 463. — 44. Vyas, I., Carney, M. W. P.: Brit. Med. J. 1975, (October), 44. — 45. Winokur, A. K. és mtsai: Arch. Gen. Psychiat. 1980, 37, 101.



REANAL

Vékonyréteg-
kromatográfiás
lapok:

„FIXION”
„SILCOPLAT”

Ioncsérélők:

„SERVACEL”
„MOLSELECT”

Gélszűrők:

„ACRYLEX”
„MOLSELECT”

Diagnosztikumok:

Triglicerid-test
Karbamid N-test

„REANAL”

Finomvegyszergyár
1147 Budapest,
Telepes u. 53.

Az exanthema subitum jelentősége a körzeti gyermekorvosi gyakorlatban

Városi Kórház-Rendelőintézet, Szentes, I. Gyermekkörzet

A szerző beszámol városi gyermekkörzetben 7 év alatt megfigyelt 77 exanthema subitum esetről. Összehasonlítva a körzetében észlelt más kiütéses betegségekkel, megállapítja, hogy az exanthema subitum a csecsemő- és kisdedkor egyik leggyakoribb kiütéses megbetegedése. Ismerteti a betegség előfordulását életkor, évszak, a lázas napok száma és nemek szerint. Három hibalehetőségre hívja fel a figyelmet: 1. A kezdeti lázas állapot túlértékelése az esetek nagy részében súlyosabb diagnózis felállításához vezet. 2. Sok gyermek emiatt feleslegesen kap antibioticumot. 3. A kiütések téves értelmezéséből adódóan gyakori lehet a gyógyszerallergia hamis megállapítása.

Significance of the fourth disease in pediatric district practice. The author report on 77 cases of fourth disease during 7 years in urban pediatric district. Comparing these cases with other exanthematous diseases observed in the same district the fourth disease was found to be one of the most frequent exanthematous diseases of infancy and childhood. The occurrence of the disease is described according to age, season, number of febrile days and sex. The attention is drawn to 3 possibilities of error: 1. Overestimation of the initial febrile stage leads in the majority of cases to the establishment of graver diagnosis; 2. Due to it many children are given superfluously antibiotics; 3. Misinterpretation of the exanthems may often lead to false drug-allergy diagnosis.

A körzeti gyermekorvos gyakori betege a kiütéses gyermek. A kiütéses betegségek korrekt felismerése néha egyszerű (varicella, herpes simplex, scarlatina), máskor nehezebb, a kórisme csupán valószínűsíthető (rubeola, exanthema subitum, gyógyszerallergia). Nyerges szerint sokszor csak találgatni lehet, hogy a lázas beteg kezelésekor jelentkező exanthema a betegség részjelensége, vagy gyógyszerallergia-e (17). A gyermekgyógyász különösen az exanthema subitum esetén kerülhet szembe ezzel a problémával. Miután a kórképpel jobbra csak a területen dolgozó orvosok találkozhatnak (8, 21), célzerűnek látszik rövid ismertetése.

A betegséget először Zahorsky írta le 1910-ben, Európában Bókay ismertette 1923-ban. Jellemzői: csecsemőkön és kisdedeken általában 3 napig tartó lázas állapotot követően rubeoli-morbilliform kiütések jelennek meg testszerte. Ekkor már láztalanok a gyermekek. A kiütések 1–2 napig tartanak, majd nyom nélkül elmúlnak, hámlás sem marad vissza. Légúti hurutos panaszok és tünetek hiányoznak. Általános állapot jó. A láz ritkán eklampsziás görcsöt provokálhat. Vérvkép: leukopenia relatív lymphocytosissal. Kórokozója ismeretlen, feltehetően vírus. Lappangási idő: bizonytalan (1–2 hét). Ritkán járványokat okoz. Immunitás: tartós. Ismételt megbetegedést nem észleltek. Kezelés: lázcsillapítás. Kórjóslat: jó. (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 12, 16, 19, 20).

Módszer, betegek

A vizsgálat idején körzetemben 1574 gyermeknek volt kórlapja. Áttekintettem azokat, akik 1975. március 1-től 1982. február 28-ig — tehát 7 éven át — kiütéses megbetegedéssel jelentkeztek rendelésen. A következők érdekelték:

1. Milyen az exanthema subitum gyakorisága a többi, kiütéssel járó fertőző betegséghez képest?
2. Melyik korcsoportban és ezen belül milyen életkorban gyakori?
3. Mennyi a lázas állapot időtartama?
4. Van-e a betegségnek szezonálisitása?
5. Fiúk vagy lányok betegszenek meg inkább?
6. Hány esetben véltem betegségeket a lázas időszak kezdetén másnak?
7. Hányan kaptak antibioticumot vagy chemotherapeuticumot?
8. Ugyanezeket az antibacterialis szereket kapták-e később?

Eredmények

ad. 1. A 7 év alatt észlelt 920 kiütéses fertőző betegség mennyiségi megoszlása: varicella 585, rubeola 226, exanthema subitum 77, scarlatina 32. Az összehasonlítás alapja nem a kóreredet vagy a morfológiai hasonlóság, hanem a gyakoriság.

ad. 2. Egyértelmű, hogy legtöbbször csecsemőkön látható az exanthema subitum, de gyakoriságát tekintve még a 0–3 éves korcsoportban is a második helyen áll (táblázat). A megbetegedések zöme 5–11 hónapos korban zajlott le (49 eset); a legtöbbet (14 eset) 7 hónaposokon észleltem. A 77 betegből a legfiatalabb 2, a legidősebb 37 hónapos volt.

ad. 3. A kiütéseket megelőző lázas időszak átlagosan 3 nap volt (1 nap: 3 eset, 2 nap: 16 eset, 3 nap: 39 eset, 4 nap: 17 eset, 5 nap: 2 eset).

A kiütéses betegségek megoszlása életkor szerint

	0–1 év	1–3 év	3–6 év	6–14 év
Exanthema subitum	58	18	1	—
Rubeola	8	28	105	85
Scarlatina	—	2	16	14
Varicella	9	84	339	153

ad. 4. A megbetegedéseknek csaknem kétharmada (48 eset) december és május között fordult elő.

ad. 5. 44 fiú betegedett meg és 33 leány, a kór-kép tehát mindkét nemet érintheti (16).

ad. 6. A kórisme lényege, hogy a betegség csak utólag ismerhető fel, amikor a láz megszűnik és a kiütések hirtelen megjelennek. A lázas állapot kezdetén felállított első diagnózis tehát az exanthemás szakaszban revisiót igényel. Az általam „észlelt” kiindulási diagnózisoknak (angina 48, dyspepsia 7, otitis media 6, cystitis acuta 1, observatio 15) kb. negyötöde a lázas állapot túlértékeléséből adódó tévedés.

ad. 7. Szinte természetes következménye lett a diagnosztikus tévedésnek az is, hogy legtöbbször antibioticumot vagy chemotherapeuticumot rendeltem. 56 gyermek (73%) kapott antibacterialis szert. Legtöbbjüket penicillinkészítményekkel (27 eset) és sulfonamidokkal (13 eset) kezeltem, de kaptak tetracyclineket (9 eset) és chloramphenicol-t is (7 eset).

ad. 8. Az 56, antibacterialis szerrel kezelt gyermek közül később 50 kapta ugyanazon gyógyszert (közülük sokan több alkalommal is), anélkül, hogy kiütés, vagy egyéb allergiás elváltozás jelentkezett volna.

Következtetések

Városi gyermekkörzetben hét év alatt nyomon követve a leggyakoribb kiütéssel járó fertőző betegségeket, megállapítható, hogy az exanthema subitum nem ritka kór-kép; gyakoriságában megelőzi a ma még szigorú közegészségügyi jelentőségű vörhenyt. Évente átlagosan 10–12 esettel lehetett találkozni. A valóságban feltehetően ennél több van, sőt elképzelhető az exanthema subitum kiütés nélküli lezajlása is (8). Főleg csecsemőkön, a második félévben jelentkezett, Kerpel-Fronius szerint az 1–2 éves korosztály betegszik meg inkább (12).

A diagnózis utólag, a lázmenet és a kiütés egymáshoz való viszonyából állítható fel (8, 12, 19). Hasonlóan az irodalmi közlésekhez, a lázas állapot időtartama betegeimnél is többnyire 3 nap volt. A láz a legtöbb gyermeknél magasnak (39–40 °C) és makacsnak bizonyult (hozzátartozóktól származó anamnestikus adat). A néhány napig tartó lázas időszakot kritikus lázaság követte (rendszerint az utolsó este még lázasak voltak a gyerekek, de másnap reggel már normális hőmérsékletet mértek a szülők). Ekkor jelentkeztek viszont a kórismét valószínűsítő gombostűfejnyi-lencsényi maculopapulós kiütések, amelyek a törzsön minden esetben fellelhetők voltak (az arcon, hajás fejbőrön, végtagokon ritkábban), és 1–2 nap alatt elmúltak. Az exanthemás szakaszban láz vagy subfebrilitás nem volt: Fanconi szerint subfertilitás előfordulhat (7). Légúti panaszt, eklampsiát nem észleltem. Mindvégig jó általános állapot jellemezte a betegeket. A megbetegedések kétharmada ugyan télen és tavasszal történt, de az esetek szórványosak voltak, járvány nem fordult elő. Glanzmann inkább nyárra és őszre teszi a halmazódást (8). Laboratóriumi vizsgálatokat (fvs, kvalitatív vérkép) nem végeztem.

A lázas időszakban — minthogy kiütés még nincs — nem lehet felismerni a betegséget. Az

egyetlen helyes álláspont ekkor a megfigyelés. Ezt az elvet az esetek nagy részében (62 gyermeknél) nem sikerült megvalósítanom. A lázas állapot jelentőségét túlértékelve: minimális garatpír, bizonytalan tragus-érzékenység, vagy egy-két dyspepsiás széklet elegendő volt ahhoz, hogy komolyabb diagnózist állítsak fel.

A komolyabb diagnózis „komolyabb” kezelést tett szükségessé: betegeim háromnegyedének antibioticumot vagy chemotherapeuticumot rendeltem. A betegség ismeretében megállapítható, hogy az antibacterialis szer rendelésének tulajdonképpen egyetlen „javallata” volt — a láz. A gyakorlatban sajnos, ennél sokkal többször törekszünk kockázatmentességre, biztonsági terápiára (10, 14) és rendelünk sine causa antibioticumot, csak az indokolatlanság nehezebben bizonyítható. Pedig ez a sajátos gyermekkori betegség is igazolja, hogy egyedül a lázas állapot nem lehet az antibiotikus kezelés indikációja (2, 21).

Mindazonáltal a legnagyobb hiba: a gyógyszeres kezeléstől függetlenül megjelenő kiütéseket gyógyszerallergiának vélni. Ha elméletileg nem is zárja ki teljesen, de a gyakorlatban nem támogatja a gyógyszerallergia lehetőségét az a tény, hogy később, más betegség kapcsán ugyanazt a gyógyszert rendelve, nem jönnek létre allergiás elváltozások. Eseteim is ezt látszanak igazolni: az 56, antibacterialis kezelésben részesült gyermekből eddig ötvenen kapták ugyanazt a gyógyszert (sokan több alkalommal is), anélkül, hogy bármi bajuk is esett volna.

Az orvos azonban dilemma előtt áll. Lelkiismereti és jogi probléma is, hogy az exanthema subitum polymorph bőrelváltozásai esetleg gyógyszerallergiát is jelenthetnek. A gyógyszerallergia egzakt bizonyítása, de főleg a kizárása nem könnyű feladat. Az emberi szervezetben végzett próbák nem veszélytelenek, nem is helyes ezzel a területtel foglalkozni (2, 11), hiszen már 1 E penicillin is ölt meg embert, sőt, beszámoltak antihistamin szer okozta halálos anaphylaxiás shockról is (9, 15). Az in vitro módszerek viszont a mindennapos orvosi praxisban nem hozzáférhetők, technikai kivitelezésük sok esetben nehéz és drága, továbbá negativitásuk nem mindig zárja ki a gyógyszer-túlérzékenységet (11, 18). Az alapellátásban dolgozó orvos számára marad tehát a klinikai észlelés — és a kimondott szó hatalma. S így vagy kimondjuk az exanthema subitum diagnózisát, vagy túlzott óvatosságból gyógyszerallergiásnak minősítjük a beteget. Kérdés azonban, hogy ez az óvatosság érdeke-e a betegnek? Nem közömbös ugyanis, hogy valakit csecsemőkorban eltiltunk — gyakorlatilag élete végig — például a penicillintől, jóllehet később esetleg éppen penicillinre lenne szüksége valamely, akár súlyos szövődménnyel járó streptococcus-fertőzés esetén (2, 13). A példák folytathatók.

„... Bizonyos felelősség — írja egy helyütt Boda — a beteg szokatlan tüneteit ... allergiával kapcsolatba hozni...” (2). Jávor szerint ma már nem annyira a nil nocere elvének, mint inkább a salus aegroti suprema lex-nek kellene érvényesülnie, a

kockázatmentességet a gondos észlelésnek és értékelésnek kellene felváltania (10).

IRODALOM: 1. *Binder L. és mtsai:* Fertőző betegségek. Medicina, Budapest, 1981. — 2. *Boda D.:* Gyermekgyógyászat. 1968, 19, 330. — 3. *Boda D.:* Gyermekgyógyászat. Egyetemi hallgatói jegyzet. Szegedi OTE Gyermekklinika, Szeged, 1967. — 4. *Boda D.:* Gyermekgyógyászat. Medicina, Budapest, 1981. — 5. *Catel, W.:* Differentialdiagnose von Krankheitssymptomen bei Kindern und Jugendlichen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1964. — 6. *Eggers, H. és mtsai:* Kinderheilkunde. Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1980. — 7. *Fanconi, G., Wallgren, A.:* Lehrbuch der Pädiatrie. Schwabe Verlag, Basel, 1972. — 8. *Glanzmann, E.:* Einführung in die Kinderheilkunde. Springer Verlag, Wien, 1958. — 9. *Gláz E.:* Gyermekgyógyászat. 1968,

19, 315. — 10. *Jávor T.:* Gyógyszereink. 1977, 27, 290. — 11. *Kassai P.:* Magyar Pediáter. 1981, 15, 408. — 12. *Kerpel-Fronius Ö.:* Gyermekgyógyászat. Medicina, Budapest, 1969. — 13. *Korányi Gy.:* Magyar Pediáter. 1978, 12, 217. — 14. *Kovács F.:* Gyermekgyógyászat. 1968, 19, 334. — 15. *Lóránd P.:* Bács-Kiskun megyei Kórház Évkönyve 1970–1971. Kecskemét, 1973. — 16. *Nelson, J. D.:* Textbook of pediatrics. Philadelphia, 1975. — 17. *Nyerges G.:* Magyar Pediáter. 1977, 11, 261. — 18. *Osváth P.:* Gyermekkori allergiás és immunológiai betegségek. Medicina, Budapest, 1976. — 19. *Petényi G.:* Gyermekgyógyászat. Medicina, Budapest, 1961. — 20. *Solé, A.:* Technik der kinderärztlichen Differentialdiagnostik. Schwabe Verlag, Basel, 1948. — 21. *Varga L.:* Előadás. Magyar Gyermekorvosok Társasága Dél-magyarországi Decentruma Tudományos Ülése. Hódmezővásárhely, 1980.

ORAP tabletta 1 mg és 4 mg



ÖSSZETÉTEL: 1 tabletta 1 mg, ill. 4 mg pimozid.-ot tartalmaz.
JAVALLAT: Schizophreniás betegek tartós utókezelése — elsősorban kórházi elbocsátásukat követően rehabilitációjuk idején (ún. fenntartó kezelés). Enyhe tünetekkel zajló akut schizophreniás betegek egy részében az Orap alkalmazása a kórházi felvételt elkerülhetővé teszi és önmagában is remissiót eredményezhet. Súlyosabb izgalmi állapotok és produktív tünetek fennállásakor az Orapot erősebb psychosedatív hatású nem fluorozott neuroleptikumokkal kell kombinálni.

ELLENJAVALLAT: Extrapyramidalis kórképek, depressív állapotok minden formája.

ADAGOLÁS: A kezdő adag általában napi 2–6 mg, amely szükség szerint 8, legfeljebb 10 mg-ig emelhető. A gyógyszert legcélszerűbb reggel, egy adagban beadni. Minthogy a készítmény íztelen és szagtalan, szükség esetén a beteg ételébe keverve is beadható. Ha az Orap alkalmazását erősebb „potens” neurolepticum adagolás után kezdjük el, akkor a szükséges adag beállítása mellett az előző gyógyszer adagját fokozatosan kell csökkenteni. Az optimális hatás elérése után az Orap adagját lassan és fokozatosan csökkentjük az egyénileg megállapítandó optimális fenntartó adagra, amely a legtöbb esetben 2–3 mg. A kúra időtartama 3–12 hónap.

KOMBINÁLT KEZELÉS: Nem fluorozott neurolepticumokkal és szükség esetén néhány relaxációban végzett elektrosokk kezeléssel jól kombinálható.

MELLEKHATÁS: Nagyobb adagok alkalmazásakor, különösen a kúra kezdetekor, enyhébb extrapyramidalis tünetek (akathisia, tremor) előfordulhatnak. E tünetek a kezelés megszakítását soha nem teszik szükségessé; Parkan, Pipolphen hatására, de rövid idő alatt spontán is megszűnnek. Tartós kezelés néhány esetben gyengeséget, fáradékonyságot, étvágytalanságot és enyhe hangulati nyomottságot okoz. E mellékhatások thymoleptikus szerekkel és roboránsokkal jól befolyásolhatók. Előfordulhat továbbá bőrkiütés, nagyon ritkán hypotensio.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS: Csak óvatosan adható: — központi idegrendszerre ható gyógyszerekkel: barbitálokkal, ópiátokkal (hatásfokozódás).

FIGYELMEZTETÉS: E gyógyszer szedésekor fokozott elővigyázatosság szükséges. A gyógyszer bevétele után 8–10 órán belül, vagy folyamatos szedése esetén a kúra folyamán farmvet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni és szeszes italt fogyasztani tilos.

RENDELHETŐSÉG: Az 1 mg-os tablettát az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja. A 4 mg-os tablettát az a szakrendelés (gondozó) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallata szerinti betegség esetén a beteg gyógyszerrendelésére területileg és szakmailag illetékes. — Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

Csomagolás: 50 × 1 mg tabl. 2,— Ft
20 × 4 mg tabl. 2,30 Ft

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

FENISTIL RETARD[®]

TABLETTA

HATÓANYAG:

2,5 mg dimethindenum maleinicum tablettánként.

Allergiás és nem allergiás viszketések minden fajtája, csalánbetegség, Quinke-ödéma, szérumbetegség, felső légúti allergiás megbetegedések (szénanátha, rhinitis allergica), rovarcsípés, kontakt bőrgyulladások, ekcémák.

ELLENJAVALLATOK

Jelenleg nem ismeretesek.

ADAGOLÁS

Szokásos adagja felnőtteknek reggel és este 1 tabl., esetleg este 2 tabl. A tablettát egészben, szétrágás nélkül, kevés vízzel kell lenyelni.

MELLEKHATÁSOK

Ritkán fáradtságérzés, álmoság, szájszárazság, émelygés.

GYÓGYSZER-KÖLCSONHATÁS

Óvatosan adagolható:

- altatókkal, nyugtatókkal, trankvillánsokkal, anticholinergikumokkal (hatásuk fokozódhat),
- triciklikus antidepresszívumokkal (anticholinerg hatás fokozódhat, együttes adások glaucomás betegeken rohamot válthat ki).

FIGYELMEZTETÉS

Főleg gépjárművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által ismert egyéni érzékenységnak megfelelően, az előírt adagban szedhetik. Alkalmazásának időtartama alatt tilos szeszes italt fogyasztani.

MEGJEGYZÉS

✗ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS

20 tabl. 7,40 Ft.



Előállító:

BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen.

ZYMA AG licencia alapján

Megemlékezés Julesz Miklós haláláról (halálának 10. évfordulóján)

Dr. Julesz Miklós egyetemi tanár, a Szegedi Orvostudományi Egyetem I. számú Belgyógyászati Klinikájának igazgatója 10 évvel ezelőtt távozott el sorainkból.

Nehéz körülmények között, 1959. május 1-én bízták meg a Klinika vezetésének teendőivel. Az 1956-os események következtében többen elhagyták a klinikát és az országot is. Ugyanakkor Rusznyák István és Hetényi Géza helyébe kellett lépni, ami súlyos örökséget, nagy felelősséget jelentett. Julesz professzor, amikor megérkezett a klinikára, arról beszélt, hogy a veszteségek ellenére is az ország egyik kiemelkedő klinikájának élére állni nemcsak megtiszteltetés, hanem felelősségteljes feladat is. Kifejezte azt a vágyát, hogy meg kell őrizni azokat az értékeket, amelyekkel a klinika rendelkezik. Úgy gondolom, hogy több mint 20 éves távlatból egyértelműen megállapítható, hogy Julesz Miklós-nak ez a koncepciója teljes mértékben megvalósult. A magas szintű klinikai munkát nemcsak megtartotta, hanem lényegesen tovább is fejlesztette. Csak két példát említek: 1960-ban megalakult a jelenleg már önállóan működő Endokrin Osztály, 1962-ben létrehozta az Izotóp Laboratóriumot, amely a napokban emlékezett meg alapításának 20 éves évfordulójáról.

Julesz Miklós a gyógyító, oktató, kutató orvos, a közéleti tevékenység megszemélyesítője volt.

Hazánkban a klinikai endokrinológia megalapítójának tekinthető. Nagy tapasztalattal, jó megfigyelőképességgel, széles körű ismeretekkel, kiváló rendszerezőkészséggel rendelkezett, az összefüggéseket helyesen felismerő orvos volt. Nagyon szerette a betegeket, nemcsak a betegséggel, a beteggel foglalkozott. Jelentős egyéb elfoglaltságai mellett végtelen türelemmel beszélgetett a betegekkel, minden esetről gondos feljegyzést készített. A betegekkel történő bánásmódjára az a mély humanizmus jellemző, amelyet ő úgy fejezett ki, hogy „mindig a betegnek van igaza”. Valóban, minden körülmények között hű volt a betegekhez és azok is öhozzá. Büszke volt rá, hogy sokan követték Budapestről és a visszatérő betegek többségét név szerint is ismerte. Ezt a törődést, ezt a bánásmódot a beosztottaitól is elvárta.

A kiváló megfigyelőkészség, a jó elméleti felkészültség a legmodernebb biokémiai ismeretekkel

párosult. E tulajdonságok hozzájárultak ahhoz, hogy nagy irodalmi háttér, bőséges kazuisztikai anyag felhasználásával, 1957-ben megírta a „Neuroendokrinológiai betegségek kórtana és diagnosztikája” című hézagpótló monográfiáját. Ez a könyv rendkívül nagy segítséget jelentett az általános orvosoknak, a belgyógyászoknak, és hosszú időn keresztül valóságos biblia szerepét töltötte be az endokrinológusok számára. Az endokrin betegségek keletkezésének leírását, a kórisme felállítását tartalmazó nagy jelentőségű kézikönyvet szinte természetesen követte 1966-ban „Az endokrin betegségek gyógyítása és elméleti alapjai” című monográfia, amely a hormonbetegségek kezelési lehetőségeit sorakoztatja fel. Ez a kézikönyv igen sok adat korrekt felsorolásán kívül nem ad merev sémákat, az orvosra bízta, hogy az egyes esetekben melyik eljárást alkalmazza. A könyv a legmodernebb szemlélet alapján készült és a magyar klinikai endokrinológiai irodalom alapvető kézikönyvének tekinthető.

Alapos klinikai megfigyelőkészségét, az összefüggések helyes felismerését új kórképek leírásával is bizonyította. Ő körvonalazta a secunder Cushing-kór, a secunder Morgagni-syndroma lényegét, leírta a serdülőkorban jelentkező pubertas körüli basophilismus kórképét, amelyet később róla neveztek el.

Szerette, nagyon fontosnak tartotta és az egyetemi tanár leglényegesebb feladatának tekintette az oktatómunkát. Minden egyes előadására igen komolyan, alaposan felkészült. Több éves, gondos jegyzeteit az előadások előtt a legújabb, korszerű adatok felhasználásával kiegészítette. Oktatómunkájára az igényességen kívül az ételszerűség, az életközelség volt jellemző. Arra törekedett, hogy az elméleti előadásokon belül minél több beteg bemutatásával tegye szemléletesebbé mondanivalóját. Lelkes oktatómunkája nemcsak az endokrin kórképekre terjedt ki, nagyon szerette például a keringést, a vesebetegségeket tanítani. Nemcsak az orvostanhallgatókkal, a kész orvosokkal is mintaszerűen foglalkozott. Sok gondot fordított arra, hogy tudását, tapasztalatait átadja, nem kellett tőle ellesni tudományát. Ezek az adottságok kiváló tanítványok nevelését tették lehetővé. A fiatal munkatársak tevékenységének anyagi és szellemi támogatása következtében tudott klinikai endokrin iskolát teremteni Budapesten és Szegeden egyaránt. Ezek az iskolák ma is élnek és eredményesen dolgoznak. Úgy gondolom, hogy az iskolateremtés jelentőségével e körben valamennyien tisztában vagyunk.

Elhangzott a Szegedi Orvostudományi Egyetem Julesz Miklós Emlékülésén 1982. november 23-án.

Az előbb említett két monográfia tanulmányozása során meggyőződhetünk arról, hogy klinikai kutató munkája átfogja úgyszólván az egész endokrinológiát: a pajzsmirigy, mellékpajzsmirigy, mellékvese, a gonadok normális és kóros működésével, az irányító köztiagy és agyalapi mirigy funkciójának analizálásával egyaránt foglalkozott. Számos jelentős megfigyelése közül csak néhányat emelek ki. Kimutatta, hogy a ketózis a hypophysis basophil sejtjei működésének erős ingere. Leírta a B₁ vitaminnak az adenohypophysis működésére gyakorolt hatását. E megfigyelés tapasztalatait ma is használjuk a klinikai gyakorlatban. Megfigyelte a hialuronidaze kedvező hatását a pajzsmirigy eredetű exophthalmus kezelésében. Elsők között hangsúlyozta a periféria jelentőségét az endokrinológiában. Erről a témakörrel szolt a szegedi tanszékfogláló előadása is. A 23 évvel ezelőtt megfogalmazott koncepció rendkívül időtálló, előreutató jellegét bizonyítja, hogy a periféria kutatása ma az egyik legmodernebb, legperspektivikusabb ága az experimentális endokrinológiának. Ennek a kutató szemléletnek, a kiváló laboratóriumi munkának, a klinikus és biokémikus együttes tevékenységének terméke a következő monográfia, amely „Steroids in human skin” címmel jelent meg Ebben a könyvben munkatársaival együtt elsőnek írták le az egyik nagy perifériás szerv, az emberi bőr jelentőségét az androgen steroid anyagcserében. Kimutatták, hogy az emberi bőrben fontos androgen anyagcsere-folyamatok játszódnak le. Munkásságuk nyomán egészen új úton közelíthető meg a hirsutismus pathogenezisének problematikája. Többek között bebizonyították, hogy a normális szisztémás androgén viszonyokkal rendelkező, úgynevezett idiopathiás hirsutismusos esetekben a bőr androgén termelése jelentősen fokozott.

Kutató munkája — még ha az alaputatásnak is tekinthető — mindig betegség mellett felvetődő kérdések megválaszolására irányult. Felismerte az endokrin kutatások interdiszciplináris jellegét, hogy az alapvető kérdéseket egy szakma nem tudja megoldani. Folytatta és továbbfejlesztette azt a Ruznyák, illetve Hetényi által alkalmazott kutatási koncepciót, hogy a klinikákon is lehet, a klinikákon is kell alaputatást folytatni, megfelelő képzettségű kutatócsoportok szervezésével, akik a klinikusokkal együttműködve próbálják megoldani a klinikai gyakorlat, az élet által felvetett problémákat. Ez a szemlélet és a megvalósult gyakorlat vezetett arra, hogy a Julesz professzor és munkatársai által tett megfigyelések sohasem elvont, a gyakorlati élettől távolálló, hanem mindig életszerű, a betegek számára is fontos felismerések voltak.

Julesz professzor már 20 évvel ezelőtt jól látta, hogy alapvető eredményeket csak olyan kutatásszervezéssel, illetve kooperációval lehet az endokrinológiában elérni, amelyben helye van a kémikusoknak, biokémikusoknak, élettanászoknak, kóreltánászoknak és természetesen a klinikusoknak is. Ez az útmutatás, ez a szemlélet és a közben kialakult feltételek vezettek oda, hogy 1978-ban a Magyar Tudományos Akadémia központi támogatásával négy endokrin kutatócsoport (Orvosi Vegytan,

Kóreltán, Belgyógyászat és Szülészet) részvételével koordinált endokrin kutató programot sikerült kialakítani Szegeden. A közös terv végrehajtása jelenleg is folyamatban van, az új típusú szervezés eredményességét országos viszonylatban is elismerték és követésre méltónak tartják.

Julesz professzor felismerte, hogy a hazai fejlesztés szükségessége mellett a nemzetközi elismerés is fontos az endokrin kutatás szempontjából. Ezért sürgette az endokrinológiával kapcsolatos szakmák összefogását, ennek érdekében szervezte meg 1958-ban az első magyar endokrin symposiumot, és jelentős erőfeszítéseket tett a Magyar Endokrin és Anyagcsere Társaság megalakulása érdekében, amelynek később első elnöke lett és maradt mindvégig, egészen haláláig.

Julesz professzor munkásságát Kossuth-díjjal ismerte el kormányunk; a Magyar Tudományos Akadémia levelező tagjává választotta.

Tisztelt Emlékezés!

Megemlékezésem végén engedjék meg, hogy Julesz Miklósról, mint emberről, mint vezetőről, mint főnökről beszéljek.

Széles körű műveltség, az irodalom és zene őszinte szeretete, mély humanizmus, páratlan lelkesedés, töretlen optimizmus jellemezte egész életét. Testi felépítése tekintetében nem volt erős alkattú egyén, mégis erős ember volt. Mindig jól meghatározott célt látott maga előtt, energiája, munkabírása nem ismert határt. Életében súlyos megpróbáltatásokon ment keresztül, de az embertelen körülmények között is ember tudott maradni, töretlen hite még a „pokol mélyéből” is visszasegítette az életbe. Munkatársait, beosztottjait nemcsak szakmailag segítette, személyes problémákkal is bármikor fordulhattak hozzá: nyitott ajtót találtak, meghallgatásra leltek és támogatásban részesültek. Az volt a vezérelve, hogy a fiatal orvosokat, a munkatársait nemcsak tanítani, nevelni is kell: helytállásra, becsületességre, a kutatás tisztességére. Legfőbb nevelési eszköze a személyes példa volt. Mi, tanítványok, hogyan is láttuk őt? Nemcsak a nagy, de az apróbb feladatokat is mindig egyformán komolyan vette. A betegeket mindenekfelett szerette, szigorú orvosetikai követelményeknek megfelelően és példás családi környezetben élt. Erős akarattal, a cél tiszta megfogalmazásával, töretlen szorgalommal, napról napra arra törekedett, hogy több és több legyen.

Mint vezetőt a halk szó, de határozott cél jellemezte. Sohasem igyekezett kisajátítani a klinikát, mindig azt vallotta és be is tartotta, hogy a mai körülmények között az a belgyógyászati klinika működik a legjobban, amelyik több profillal rendelkezik. Nemcsak meghagyta az egyes klinikai profilokat és kellő egyensúlyt biztosított közöttük, hanem támogatta azok fejlődését. Saját kutatócsoportját nem erőszakosan, lassan építette ki, az önkéntesség, az érdeklődés, a lelkesedés alapján. Ez is közrejátszott abban, hogy kutatógárdája időtálló, eredményesnek bizonyult, s 10 évvel a halála után is igen jól működik.

Az élet elmúlik —, az élet fennmarad és folytatódik — a gyerekekben, a tanítványokban. Egy

emlékezés mindig szomorú, hisz az eltávozottal mindenki kevesebb lett; de optimista is, ha a megkezdett munka tovább megy, tovább fejlődik.

Julesz professzor munkássága méltó volt a nagy elődökhöz: nemcsak folytatta Rusznyák és Hetényi hagyatékát, hanem magasabb szintre is emelte azt. Megőrizve a meglevő értékeket, új iskolát teremtett Budapesten és Szegeden.

Úgy gondolom, hogy méltóképpen úgy emlékezünk Julesz Miklósról, ha ennek az iskolának a legutóbbi időkben beért tudományos terméséből nyújtunk át egy kosarat mindazoknak, akik jelenlétükkel megtisztelték Julesz Miklós halálának emlékére rendezett tudományos ülésünket.

László Ferenc dr.

120 éve született Apáthy István a Stazione Zoologica di Napoliban legtöbbet kutató, lángeszű orvos-zoológus

Egyénisége a nagy humanista polihistorokra emlékeztet, több tudományág területén úttörő, jövőbe mutató tudós. Kutatásai forradalmiak voltak a szövettanban és mikrotechnikában. Nagy koncepciójú előadó és szónok, haladó szellemű és ellenzéki (Kossuth-párti), Apáthy korának magyar és emberi problémáira élesen reagált. Külföldön a kutatók többsége elismerte és megbecsülte. Itthon ellene fordultak a kormánypárti (67-es) akademikusok, ezért nem kapta meg az akadémiai rendes tagságot, sőt, az Akadémián akkor szokásos emlékezés megtagadása is húzták-halasztották. Küzdelmek, szenvedések, megpróbáltatások jutottak osztályrészül a végtelenül lelkiismeretes, tiszta jellemű, tragikus sorsú magyar lángésznek.

Budapesten született 1863. január 4-én. A lelkes és nyugtalan természetű Apáthy az Egyetemen Margó Tivadar előadásaiból, amelyekben többször hangzott elő, hogy az idegrendszer szövettanában még sok a megoldandó probléma, kapta kutatásaihoz az első indítékot. 1885-ben megszerezte orvosi oklevelét, ugyanebben az évben 2 cikkben közölte azokat a tapasztalatokat, amelyeket hallgatóként szerzett a klinikai kórtermekben. Éles megfigyelőképesség és szociális gondolkodás jellemzői ezeknek a cikkeknek.

Kora sok orvosához (Margó Tivadar, Chyzer Kornél, Horváth Géza stb.) hasonlóan Apáthy István érdeklődése is a zoológiai tudományágak felé fordult. Ezért volt Margó tanársegéde (1885–86). A kagylók szövettanáról írt tanulmányai után, professzora tanácsára a piócafélék kutatásában törekedett a mikrotechnikai módszerek, elsősorban metsetek készítésének tökéletesítésére. Még 1885-ben a simaizom gyarapodásáról és pótlásáról írt cikkeket. 1886. január 30-tól a Stazione Zoologica di Napoliban folytatta kutatásait. Ezek döntőek voltak egész életének alakulására. A nápolyi intézetben folyó élénk tudományos életen kívül a Mediterraneum is vonzotta. A darwini elv: az állatokról alkotható összkép homályos volna a tenger állatvilágának ismerete nélkül vezette a 23 éves Apáthyt

Nápolyba. Ezután is csaknem minden évben 1914. augusztus 13-ig tanulmányútján összesen 87 hónapot és 14 napot dolgozott itt. Anton Dohrn (1840–1909) az intézet alapítója és igazgatója a Nápolyi-öbölből flórájának és faunájának monografikus feldolgozásával kapcsolatban a piócafélék alkattani és rendszertani vizsgálatait Apáthyra bízta, miután ő már itthon is kimagasló eredményeket ért el ezen a területen. A hazai vizekből és a Nápolyi-öbölből gyűjtött piócákon végzett bonc-, szövet- és rendszertani kutatásairól egymás után jelentek meg, alapos, gyakran könyvterjedelmű dolgozatai. Széles körű saját ismereteinek, kiváló mikrotechnikai készségének, gyakorlott és ügyes kezének, kitűnő adottságainak, tárgyszeretetének, szorgalmának, rendkívül irodalmi tájékozottságának eredménye 3 év alatt 12 nagyszabású publikáció. E kutatásai közben jutott forradalmilag ható felfedezéseihez. Ezeknek további vizsgálatát mindennél fontosabbnak tartotta, így lett kutatásainak egyik súlypontja a neurohisztológia.

Nápolyból a német, svájci, belga és holland egyetemet, a párizsi tudományos intézeteket is felkereste. Kiemelendő kutatásai, külföldi tapasztalatai méltóvá tették arra, hogy 1888-ban a budapesti egyetemen magántanár, 27 éves korában, 1890-ben Kolozsvárt professzor, és 1898-ban az Akadémia levelező tagja legyen.

Alapvetőek és világhírűek mikrotechnikai kutatásai, talán ezekben volt Apáthy a legnagyobb. Módszereit mély fizikai és kémiai ismeretei alapján dolgozta ki. Idegszövettani vizsgálatait is módszerei állandó tökéletesítésével végezte. Számtalan tanulmányában és könyve I. és II. kötetében (1895, 1900) számolt be a mikrotechnika minden ágában végzett kutatásairól. Műszereit is maga tervezte. Mások és saját tapasztalatainak eredményeit összevetette, kriikailag feldolgozta; ezzel önálló tudományágat teremtett: mikrotechnikát. Előtte és utána is sokan munkálkodtak ezen a területen, de pontosság, találékonyság, a metodikák következetes és zseniális kidolgozásában ő minden kutató fölé emelkedett.

Újításával, módosításaival arra törekedett a mikro-technika minden ágában, hogy az addigi határozatlan adatok helyett pontos, bármikor minden részletében reprodukálható módszereket dolgozzon ki. Zsenialitása, bűvárkodva gondolkodó, nagyvonalú egyénisége segítette eredményei elérésében.

Döntő volt annak elérése, hogy rögzítés közben a sejtek, szövetek az élő állapothoz legközelebb álló minőségben maradjanak meg, minél kevésbé zsugorodjanak, alkatukban a legkevésbé változzanak meg, hogy a fiziológiai, genetikai vizsgálatokhoz biztos alapok legyenek. Kidolgozott új rögzítőfolyadékokat ezért, hatásmódjukat elemezte. Közben megállapította, hogy a sejtek és szövetek fiziológiai állapotuktól függően különböző módon rögzülnek. Ezt a későbbi (hisztokémiai, hisztofiziológiai, elektronmikroszkopikus) kutatások igazolták. A rögzítőanyagokat is tökéletesen el tudta távolítani módszereivel metszeteiből.

Ma már tudjuk: a beágyazási technika döntően befolyásolja a szövetek metszésének lehetőségét. Ezen a téren is sok lényegest alkotott. A zsírok és lipoidok vizsgálatára alkalmazott zselatinos módszere annak idején kiemelkedő volt. Tökéletesítette a celloidinval való beágyazást, létrehozta a celloidin—paraffin kettős beágyazást, különféle hőfokon olvadó paraffinokat használt. Eljárásai ma is fontosak, a finomabb fénymikroszkopikus vizsgálatokhoz a kettős beágyazás ma is jelentős. „... valamennyi eljárás közül ez teszi lehetővé, hogy biztonsággal készítsünk vékony, 1—5 mikronos metszeteiket”. (Gelei József).

A késállások szögei, a kés fenése, vagyis az Apáthy által ajánlott facetta köszörülések ma is irányadók, hogy nehezen metszhető anyagokból jó készítményeket hozzunk létre. A liège-i anatómus kongresszuson (1903) mutatta be késeit és köszörülő eljárásának eredményeit. Késeivel paraffinos beágyazásból is 5, sőt 3 mikron vastag metszeteket lehetett készíteni, minden összenyomás nélkül hosszú sorozatban, úgy, hogy a levágott metszet teljesen fedte a metszési felületet.

Az előbbieken mondtak rendkívül vékony metszetek készítését tették lehetővé. Apáthy és közvetlen tanítványai a celloidinba ágyazott anyagokból 5, a kettősen beágyazottakból 1, sőt $\frac{1}{4}$ mikronos metszetek hiánytalan sorozatait tudták készíteni. Ugyanakkor más intézetek csak 25—30 mikronos metszeteket tudtak készíteni — a 15—20 mikronosokkal alig boldogultak — és az anyag egyes részei még azokból is kihullottak.

A metszetek festésében az Apáthy által használt hármASFestés, aranyozás és utóaranyozás a legjelentősebbek. Utóaranyozásával csodálatos finomságú készítményeket nyert. Ezt a módszert Gelei kivételével senki sem tudta úgy alkalmazni, mint ő.

Festett készítményeinek elzárása, a zsírszerű anyagok tartósítására használt módszere a mai vizes oldószerű műgyanták mellett sem veszített értékéből.

Ma is útmutatók a tárgy helyes megvilágításáról, a difrakciós, refrakciós és adszorpciós képek közötti általa felfedezett lényeges különbségekről adott elemzései. Mindezekkel a fénymikroszkópium

maximális kihasználására és a valóságnak megfelelő kép elérésére törekedett.

Művében „... benne van mindaz, amit a múlt szelleme és szorgalmas keze hasznosnak és mikro-technikai vonalon értékesnek termelt” (Ábrahám Ambrus).

A korabeli legnagyobb mikrotechnikusok, tekintet nélkül arra, a kontinuitásban követői vagy ellenfelei voltak, elismerték úttörő voltát. Boveri a legnagyobb élő mikrotechnikusnak, Lenhossék „magister mundi”-nak, Paul Mayer a tudományos mikrotechnika megalapítójának nevezte. A szublimát-ozmium rögzítés, a celloidin—paraffin beágyazás, festési eljárásai, az utóaranyozás stb. azóta mint Apáthy-féle methodikák ismertek világszerte. Mikrotechnikájának III. kötete (1903-ban kb. 40 ív terjedelemben sajtó alatt volt) sajnos, nem jelent meg.

Apáthy világhírű idegyszöveti vizsgálatai forradalmasították ezt a tudományterületet és évekig tartó elkeseredett vitát eredményeztek. A *Pontobdella muricata* tengeri piócafaj bélcsatornájában utóaranyozásával csodálatos élességgel festette meg elsőként a világon az idegrendszert. Készítményeiben, amelyek az első és második világháború után sajnos, elkallódtak, tisztán és világosan látható volt a bél szövevényeinek és az idegrendszernek kapcsolata. A továbbiakban az orvosi piócán (*Hirudo*), a földigilisztán (*Lumbricus*) és más fajokon tanulmányozta az idegyszövetet. Kutatásainak lényege a következő: Az idegyszövet speciális sejtjei az idegsejtek és dúcsejtek a velőcsőből differenciálódnak, az érzőidegsejtek (ez a harmadik különleges sejtfeleség) közvetlenül az ento-, illetve az ektodermából származnak. A dúcsejtekben szabálytalanul elosztott a Flemming—Nissl-féle granuláció, csak a sejttestre és dendritiszekre jellemző. Apáthy szerint tehát fejlődésileg csak ezek tartoznak össze. Az axon vagy neuritisz csak anatómiailag csatlakozik a dúcsejthez, és attól jól elkülönül eredési kúpjával és szemcsészsége hiányával. A Schwann-féle hártya és mag a plasmával nem másodlagosan csatlakozik a dúcsejtekből kiinduló axonhoz, mint azt Ramon Y Cayal neurontana tanítja, hanem az idegrost egymás végébe csatlakozó idegsejtek hosszanti sora, amelyeknek határa egy-egy Ranvier-féle befűződés.

Az axon sávozottságából már Apáthy előtt is sokan következtettek (Purkinje, Remak, Vallenstein, M. Schultze, Ranvier stb.) primitív fibrillumok létre, de ezeket ő mutatta ki élesen csodálatos szépségű készítményeiben. A Schultze-féle primitív fibrillum = az Apáthy-féle neurofibrillum + perifibrilláris állomány. (Apáthy előtt e kettőt senki sem tudta egymástól megkülönböztetni.) A neurofibrillumok megszakítás nélkül, kontinuuusan haladnak az idegrost egész hosszában a dúcsejttől a perifériáig. Ott elementáris rácsozatot alkotnak, innen a receptorikus pályákon vezetnek a központi elemi rácsozatba, amely a dúcsejtek közti neuropilionban van. Bizonyos dúcsejtekben egyenletesen oszlik szét a rácsozat, ez az ún. *Lumbricus*-típus. Ilyen van a gerincesek vegetatív idegrendszerében is. Az unipoláris dúcsejtek egyik fajtájában perinukleáris és



CAVINTON



injekció, tableta

ÖSSZETÉTEL: 1 tableta 5 mg vinpocetinumot,
1 ampulla (2 ml) 10 mg vinpoceti-
numot tartalmaz.

HATÁS: A Cavinton javítja az agyi perfúziót és ezáltal az agy oxigénellátását.

Állatkísérletekben javítja a kísérletesen létrehozott hypoxia utáni agyi regenerációt.

JAVALLATOK. *Orálisan:* különböző eredetű (post-apoplexiás, posttraumás vagy sclerotikus) agyi keringészavarok, psychés vagy neurológiai tüneteinek: emlékezőszavarok, aphasia, apraxia, mozgászavarok, szédülés, fejfájás csökkentésére, a klimaktérium szindróma vasovegetatív tüneteinek kezelésére.

Hypertensiv encephalopathia, intermittáló vascularis cerebialis insufficientia, angiospasticus agyi kórképek, továbbá endarteriitis cerebri.

Ischaemiás agyi károsodásokban, előrehaladott agyi arteriosclerosisban a kollaterális keringés javítására.

Szemészetben az érhártya és ideghártya vascularis, elsősorban arteriosclerotikus, ill. angiospasmus okozta maculadegenerációk, partialis thrombosisok, érelzáródás következtében kialakuló másodlagos zöldhályog.

Fülészetben korral járó vascularis vagy egyes toxikus (gyógyszeres) halláscsökkenés, labyrinth eredetű szédülés.

Parenterálisan: kizárólag cseppinfúzióban. Neurológiai indikációban olyan akut, gócos ischaemiás cerebrovascularis kórkép, amelyben a vérzéses eredet biztonsággal kizárható.

ELLENJAVALLAT. *Orálisan:* terhesség.

Parenterálisan: Súlyos ischaemiás szívbetegségek, súlyos szívritmuszavarok. Terhesség.

ADAGOLÁS. *Orálisan:* Naponta 3×1–2 tabl., a fenntartó adag napi 3×1 tabl. hosszabb időn keresztül.

Parenterálisan: kezdő napi adag 20 mg lassú cseppinfúzióban (2 amp. tartalma 500–1000 ml infúziós oldatban) infundálva. A továbbiakban a szokásos napi adag 30 mg. (3 amp. tartalma 500–1000 ml infúziós oldatban), lassan cseppinfúzióban infundálva.

Amennyiben a beteg állapota szükségessé teszi – és a toleranciája megengedi – óvatosan emelve az adagot, a tizedik napon az infúzióban adott napi össz mennyiség elérheti az 1 mg/tskg-ot. A készítmény iv. és im. nem alkalmazható.

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁS. Az eddigi tapasztalatok szerint a tabl. interakciót nem okoz, ezért kombinációs kezelésre is alkalmas. Az injekció heparinnal incompatibilis, ezért az infúziót olyan beteg nem kaphatja, aki heparin-kezelésben részesül.

MELLÉKHATÁS. Kismértékű vérnyomáscsökkenés, ritkán tachycardia, extrasystole fordulhat elő. Tartós kezelés esetén a vérképet ellenőrizni kell időnként.

FIGYELMEZTETÉS.

Parenterális alkalmazása során az ampulla sorbitol-tartalma miatt diabeteses vércukorszintje a kezelés alatt ellenőrizendő.



KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST



POSTINOR



tabletta



ÖSSZETÉTEL:

0,75 mg D-norgestrelumot tartalmaz tablettánként.

HATÁS:

A D-norgestrel 0,75 mg-os egyszeri adagban közvetlenül a közösülés után alkalmazva alkalmas a terhesség megelőzésére.

JAVALLAT:

Orális fogamzásgátlás.

A készítmény csak a ritkán, alkalmyszerűen nemi életet élő nőknek tanácsolható. Általában a heti 1, havi 4 közösülési gyakoriság az alkalmazás felső határa. Ennél gyakoribb esetben már a kombinált fogamzásgátló tabletták rendszeres szedése a célszerűbb.

ELLENJAVALLAT:

Májbetegség, az epeutak betegsége, a kórelőzményben szereplő terhességi sárgaság.

Pubertásban alkalmazása meggondolandó.

ADAGOLÁS:

A coitust közvetlen követően, de feltétlenül egy órán belül kell bevenni 1 Postinor tablettát. Emlékeztünk, hogy általában heti 1, havonta összesen 4 tablettát szedhető. 3 órán túl megismételt közösülés esetén: újabb 1 tablettát szedendő postcoitálisan. Halmozott coitus eseteiben az első aktust követően 1 tablettát, 3 óra elteltével és másnap újabb 1–1 tablettát alkalmazható.

MELLÉKHATÁS:

Hányinger és vérzés jelentkezhet.

FIGYELMEZTETÉS:

Havonta összesen 4 db Postinor tablettát szedhető!

MEGJEGYZÉS: ✕

Rendelhetősége tekintetében a fogamzásgátló szerek vonatkozásában kiadott 23/1973. (Eü. K. 17) Eü. M. számú utasítás módosított szövegében foglaltakat, valamint az Egészségügyi Minisztérium 89560/1979 (Eü. K. 1980. 1.) számú Közleményében előírtakat kell figyelembe venni.

Csak vényre adható ki.

Egyszeri alkalommal 2–3 hónapra elegendő gyógyszer mennyiség (10 db tablettát) rendelhető.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

periferikus rácsra különülnek el a neurofibrillumok, a két övet radialis ágak kötik össze. Ez a *Hirudo-típus*. A neurofibrillumok tehát folytonos összeköttetést létesítenek a központi receptorikus dúcsejtek és receptorikus pályák, valamint az asszociációs, mozgatóneuronok és effektorok között is. A neurociták képezte neurofibrillumok a periferiás részen behatolnak a sejtekbe is, részben azok között képeznek terminális rácsot. Egyik sejtől átmennek a másikba, megszakítás nélkül. A szervezetben sehol sem végződnek. Így többek mint sejtiszervecskék az egész egyed elementáris szervei. Ez a kontinuitás tan lényege...

A leydeni kongresszuson 1895-ben mutatta be először Apáthy készítményeit, és tartott előadást a neurofibrillumok kontinuitásáról. Ezek, valamint további ilyen kutatási eredményei indították el a hírhedt, nagy vitát. Ramon Y Cajal, Goldsmied, Lenhossék előbb műterméknek, később támasztóelemeknek tartották a neurofibrillumokat. Viszont Hesse, Montgomery, P. Mayer, Schmidt, Flemming, Parker, Leche, Nisse, Dohrn stb. érdeklődéssel fogadták Apáthy megállapításait. Leginkább Bethe tette magáévá azokat, kinyújtóztatott és összezsugorított piócaból készített preparátumokban bizonyította, hogy a neurofibrillumok nem támasztóelemek. Cajal és követői nem tudták ezt és Bethe-nek fiziológiai eredményeit megcáfolni, mégsem fogadták el Apáthy tanítását. A 19. század végén és a 20. elején a kontinuitás tana ugyanis teljesen összeegyeztethetetlen volt a Wirchow- és Kölliker-féle sejt principium elvével. A tankönyvekben is a *neurontan* volt az elterjedt. Meg kell jegyeznem azt is, hogy a belga tudományos akadémia nagydíjával jutalmazta Apáthy felfedezését.

A nagy vita részleteire, valamint az ezt követő eseményekre nem térhetek ki, utalok Kiss Ferenc közleményeire (1962). Csupán azt említem meg, hogy Lenhossék Mihály 1898. X. 22-i levelében elismerte, hogy Apáthy készítményeiben látható a kontinuitás és azt is, hogy a *Pontobdela* belfalában a szimpatikus sejtek anasztomizálnak. Megírta azt is, hogy ez utóbbiakat Cajal és Kölliker is elismerték. Lenhossék szerint a gerincesek belfalában is vannak anasztomózisok, de ezek tökéletlen technika eredményei. Nem sokkal ezután Retius egyik cikkében csalásnak minősítette Apáthy megállapításait. Sok személyes és irodalmi vita után 1907-ben Apáthy megírt egy nagy összefoglaló közleményt. Ebben nemcsak tudományos kérdésekben kellett vitatkoznia, hanem Retius vádjá ellen is nyilvánosan védekeznie. Bardeleben a Zool. Anzeiger szerkesztője megkérte Apáthy-t a rendkívül elkeseredett hangú kézirat áttisztítására. Cajal közvetlenül halála előtt, 1934-ben, utolsó közleményében elismerte, hogy a kontiguitástan hívei nyakasok és dogmatikusak voltak. Megírta, hogy az erek és mirigyek bizonyos sejtjeiben van kontinuitás. Elismerte a Lavrentjev által újabban kimutatott neurofibrillumokat, anasztomózisokat és a további vizsgálatok szükségességét.

Az 1962-ben tartott „Apáthy-ankéton” Jendrasik Lóránt hozzászólásában említette, hogy Rényi György natív készítményekben is ki tudta mutatni a neurofibrillumokat. Haranghy László ugyan-

ezen az ankéton hangsúlyozta, hogy a kontinuitás és kontiguitás vitája még nem elintézett, további kutatások szükségesek.

Mindezeket és nagyon sok itt nem említett idegyszövet- és élettani vizsgálat eredményét összefoglalva azt mondhatjuk, hogy a törzsejlődés különböző fokain álló fajok egy részénél az Apáthy-féle, másoknál a Cajal-féle idegyszövet szerkezet a jellemző.

Apáthy 17 éven át végzett piócakutatásaiból csak részletek jelentek meg. Ezekben a barázdálódásukat, a nephridiumok és vándorsejtek szervképző szerepét, az orizmológiai viszonyokat, a testtájak alakulását stb. tisztázta. Részletes vizsgálatai alapján filogenetikai következtetésekhez jutott. Kovalevszky mintaszerűnek tartotta Apáthy piócakutatásainak eredményeit; azokat maga is felhasználta. Lenhardt és Pellier is átvette Apáthy rendszerét. Korontynyer a Bajkál-tóban gyűjtött piócaikat küldte el Apáthy-nak feldolgozásra. Ez az értékes anyag Nápolyba került. 1973-ban ott nem találtam meg Stazione Zoologica-n. További sorsa ismeretlen.

Apáthy professzorsága alatt tökéletesen átalakította, modernné, korszerűvé tette a kolozsvári egyetem állattani intézetét, ezt a közoktatásügyi minisztériummal folytatott harcokban érte el. Nincs helyünk ezeknek a kérdéseknek futólagos érintésére sem. Itt csak annyit, hogy az Európa egyik legkorszerűbb ilyen intézete lett, gazdag felszereléssel, sok ezer mikroszkópiumi és más preparátummal. Számos külföldi kutató (Stewart Paton, Siegfried Mollier, Boris Zarnik, Emil Godlewsky, Haselwander, Waldeyer, Rimotti, Stieda, Victor Widakovich, Anna Krosszuszkaja, Semen Jefim London stb.) kereste fel, illetve dolgozott irányításával intézetében, tanulva tőle elsősorban a mikrotechnikát.

Az első világháború alatt Apáthy-t Erdély kormánybiztosává nevezték ki, ezért a román királyi törvényszék börtönre ítélte. Fogságában is őrizte mikroszkópiumi készítményeit. Küzdelmeiben és fogságában szerzett szív baja egészségét aláásta, szabadulása után Nápolyban próbálta azt helyreállítani, abban a városban, ahol annyit kutatott, hogy kolozsvári és nápolyi vizsgálatai elválaszthatatlannak egymástól, együtt teszik ki egész életművét.

Kiváló szervezőképességével még berendezte az időközben Szegedre költöztetett kolozsvári egyetem állattani és összehasonlító bonctani intézetét. Megszervezte az orvoskar szövettani intézetét, de a szövettan előadásával nem őt bízták meg. Most is mellőzés érte tehát. Munkásságát már nem sokáig folytathatta. Még megindította az egyetem tudományos szaklapját és első kötetét még ő szerkesztette. Hallgatói és tanítványai közül sok híres és kiváló kutató és professzor lett.

Vonzó egyéniségének varázsával mindenkit elbűvölt, de szenvedélyes is volt emellett. Küzdelmes és mellőzött tudományos életének harcaiban soha meg nem alkudott ragyogó szelleme. Harcolt a társadalmi osztályok elkülönülésének mérsékléséért, a Habsburg-uralom lerázásáért. Azon kevesek közé tartozott a természettudósok közül, akik foglalkoz-

tak Marx tanaival. A háborút biológiai alapon is elítélte.

1922. szeptember 29-én, 59 éves korában fejezte be a ma és jövő kutatói számára egyaránt példamutat. életét.

Lukács Dezső dr.

Szerkesztőségi kommentár:

Szerkesztőségi feldolgozás alapján a cikk lektorának jóvoltából a tanulmányt néhány adattal egészíthetjük ki:

Apáthy személyiségének megítélésében kiinduláspontul szolgálhat a Cajal „Tudományos kutatásra vezérlő kalauz”-ának 133. oldalán található lapalji jegyzet. Ezt messzemenően kiegészítheti, ha még megvan, Apáthynak egy terjedelmes kézírata, amelyet az 1930-as évek második felében a szegedi egyetem Gelei József által vezetett állattani Intézete őrzött. Ennek a polemikus írásnak sokhelyt valóban olyan a hangja, hogy nyomdafestéket nem tűrt volna meg, tele van személyeskedéssel. Ez a kézirat összefüggésben lehet a szerző szerint a Zoologischer Anzeigernek küldöttel. Gulyás Pál (Magyar Írók) szerint az Anatomischer Anzeiger közölte Apáthynak „Ramón Cajals Ergebn. d. fein Beschaffenheit d. Nervensystems” c. dolgozatát 1907-ben.

A lektor személyesen hallotta Apáthy halála előtt néhány hónappal a Természettudományi Társulat állattani szakosztályában tartott előadását módszeréről, amellyel sikerült $\frac{1}{4} \mu$ -os metszeteket előállítani. Valóban csodálatra méltó teljesítmény volt, amelyet a műgyantabeágyazás sem homályosít el. Az előadás azonban szintén tele volt persziflázssokkal, a fültanú emlékezik arra a kitételére, hogy Cajal nem nyilatkozhat az idegrendszer szerkezetéről, mert soha életében egy kellő vékonyságú metszetet nem látott.

Valóban Apáthy a mikrotechnika bámulatos tehetsége volt. Hogy azonban a szakmát ő „teremtette” volna, kétségtelenül a cikk szerzőjének entuziazmusa. Amennyire méltatandók mikrotechnikai érdemei, különösen például a kettős beágyazási eljárás, roppant vékony metszetek előállítása, annyira nem hallgatható el, hogy míg a szerző módszereinek reprodukálhatóságát dicséri, a lektor tudomása szerint ellenzést váltott ki, hogy a neurofibrillahálózatot feltűntető aranyimpregnációját nem tudták reprodukálni. A neuro-fibrilla kérdés megítélésében egyébként Lukács dr. figyelmen kívül hagyja az elektronmikroszkópia eredményeit.

Látható tehát, hogy Apáthy személyiségének diszharmonikus vonásai tudományos tevékenységére ráütötték bélyegüket. Még inkább megnyilvánultak azok közéleti tevékenységében. Irodalmilag azonban alkotott egy nagyon szép társadalomtudományi munkát, amelynek címe: „A fejlődés törvényei és a társadalom”. Éles elmével, túlzások nélkül tárgyalja az evolúciót és a biológia hatását a társadalomtudományra.

Az említett személyiségvonások teszik érthetővé, hogy kortársai Apáthyval szemben nem mindig kedvezően foglaltak állást. Pl. hogy akadémiai rendes tag nem lett, annak aligha a 48–67-es küzdelmek voltak az okai abban az Akadémiában, amelynek Thaly Kálmán osztályelnöke és nagyjutalomnyertese volt. A valóság az, hogy Apáthy levelező tagsági székét is csak 10 év múltán foglalta el. Ez alatt az idő alatt természetesen nem is lehetett volna őt ajánlani, sőt az alapszabályok értelmében az Akadémia levelező tagságát is megszüntethette volna. Szomorú, hogy 1919-ben, amidőn Nagyszebenben sínylődött, tiszteleti tagnak ajánlotta Méhely Lajos; talán részben ez adja magyarázatát annak, hogy nem nyert többséget.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Posta Központi Hírlap Iroda, Budapest V., József nádor tér. Tel.: 180-850





Klinikai farmakológia

Pirbuterol: új orális szimpatomimetikus amin a kongesztív szívelégtelenség kezelésében. Sharma, B. és mtsai (Cardiol. Section, Dept. of Med., Hennepin County Med. Center, Univ. of Minnesota): *Amer. Heart Journal*, 1981, 102, 533.

A szerzők 14, a hagyományos kezeléssel alig befolyásolható esetben vizsgálták a pirbuterol (P.) hatását. Szájon át 5–30 mg-os adagban alkalmazták a szert, optimális hatást 20–30 mg után észleltek. A bevételt követő első 3 órában fél óránként, az ezt követő 3 órában óránként végeztek a haemodinamikai méréseket. A kezelés megkezdése előtt a szívindex (CI), a szisztolés index (SI) igen alacsony volt, a PCW és jobb pitvari (RA) nyomás magas. A bal kamrai szisztolés munka index (LWSWI) szintén alacsony volt. A szisztémás és pulmonális vaszkuláris rezisztencia (SVR, ill. PVR) valamennyi esetben emelkedett. 20–30 mg P. bevétele után egy órán belül a szívfrekvencia, az aorta szisztolés és diasztolés nyomása, az átlagos pulmonális nyomás, ill. PCW nem változott jelentősen, ugyanakkor a CI jelentősen emelkedett, az RA, SVR és PVR jelentősen csökkent. A bevételt követő 2–5 óra közt észlelték a maximális hatást. 6 óra elteltével a paraméterek a kiindulási értékre tértek vissza, eltekintve a kismértékű frekvencia fokozódástól. Az alkalmazott adagban a maximális plazma P.-szint 3 órával a bevétel után detektálható. A CI változás jól korrelált a P. plazmaszinttel. Klinikailag a szer bevitelét követő 2–4 órán belül a nehézlégzés csökkent; a folyamatosan monitorozott EKG-n kóros eltérést nem észleltek. A betegek a készítményt jól tolerálták. Szimpatomimetikus mellékhatást (tremor, anxieta stb.) nem észleltek.

Vizsgálataik szerint a P. jelentős és tartós hemodinamikai hatással bír súlyos kongesztív szívelégtelenségben, mely digitalis és diuretikus kezeléssel már nem befolyásolható. A szer bevitelét követően a percvolumen, a verővolumen, a szisztolés munka jelentősen fokozódik, míg a pulmonális nyomás, a PCW, a SVR és PVR csökken. Az artériás szisztolés nyomás nem változik, míg a diasztolés nyomás kissé csökken.

Feltételezhető, hogy a szer hatásmechanizmusában pozitív inotropiája és vazodilatátor hatása egyaránt szerepel.

A SVR jelentősen csökken; ez a béta-2 receptorok által mediált

történés is lehet, de elképzelhető, hogy a növekvő verővolumen reflektorikus úton hozza ezt létre. A P. a Frank-Starling-görbét felfelé és balra tolja el (adott végdiasztolés nyomás vagy rosthosszúság mellett nagyobb verővolumen, ill. szisztolés munkát eredményezve). Hasonló hatással rendelkezik ilyen irányú vizsgálatok szerint a salbutamol is.

A vizsgálat szerint a P. hemodinamikai hatása dózis-függő; ezt igazolja az észlelt korreláció a plazma P.-szint és percvolumen közt.

A szer tartós hatását illetően (tartós adagolás) egyelőre még információval nem rendelkezünk; eredményeik ez irányban is biztató lehetőségeket sejtetnek.

Pálóssy Béla dr.

Az orális pirbuterol hatékonysága súlyos idült kongesztív szívelégtelenségben; akut hemodinamikai és tartós ambulans elemzés.

Awan, N., A. és mtsai (Section of Cardiovasc. Med., Univ. of California, School of Med., Davis): *American Heart Journal* 1981, 102, 555.

A szerzők 11 esetben végeztek vizsgálataikat különböző okból kialakult, a hagyományos kezeléssel dacoló (digitalis, diuretikum, tartós hatású nitrát) kongesztív szívelégtelenségben. 0,4 mg/kg orálisan adott pirbuterol (P.) akut hatását vizsgálták (haemodinamikai mérésekkel és alkar pletizmográfiával), majd 6 héten át adott P. után (3 × 0,4 mg/kg). A kezelés során a betegek digitalis és diuretikus kezelésben részesültek. Az akut hatást megítélendő 6 órán át fél óránként ismételték a méréseket. 1 órával a szer bevitelét követően a szívfrekvencia kissé emelkedett s ez a vizsgálat során mindvégig detektálható volt. Kamrai ektópiát a szer nem okozott. Az átlagos szisztémás artériás vérnyomás mérsékelten csökkent a vizsgálat időtartama alatt. A bal kamrai töltőnyomás (LVFP) csökkent, a maximális hatást 3 óra elteltével észlelték, s a 6. órában már újból emelkedő tendenciát mutatott. A kiindulási alacsony szívindex (CI) már fél óra elteltével növekedett, a hatás maximum már 1 óra után kialakult, s a 6. órában is észlelhető. Hasonlóan alakult a verővolumen index (SVI) is. A szisztémás vaszkuláris rezisztencia (SVR) jelentősen csökkent a vizsgálat folyamán. Az alkar átáramlás 2 óra után fokozódott. A szert iv. adott dobutaminnal is összehasonlították (20 µg/kg/min.). A

bal kamrai töltőnyomást (LVFP) mindkét szer csökkentette, a percvolumen növelte; a CI növekedése mértéke P.-t adva magasabb volt, mint dobutamint alkalmazva. A SVI vonatkozásában eredményeik hasonlóak. A SVR-t a P. jobban csökkentette, mint a dobutamin.

A tartós kezelés hatását ismételt radionuklid ventrikulográfia segítségével kísérelték megítélni (RVG). A bal kamrai ejekciós frakció (LVEF) 6 hét után 11 esetükből 10-ben növekedett. Valamennyi esetben a kezelés előtt és 6 hét elteltével terheléses vizsgálat történt, mely 10 alkalommal a terheléses tolerancia javulását igazolta.

A szer kedvező hemodinamikai hatását elsősorban kifejezett pozitív inotropiája magyarázza, amelyet jelentős a szisztémás véna tárgulat is. A béta-1 agonista hatás fokozza a szívizom kontraktilitását, növeli ezzel a percvolumen, a társuló SVR-t csökkentő hatás elősegíti a kamra ürülését.

Igen lényeges, hogy a P. kedvező hatása a bal kamra funkcióra hasonlít az iv. alkalmazott dopamin hatásához. A CI, ill. LVFP alakulása a két szer alkalmazása során hasonló, mindkét szer egyaránt emeli a SVI-t. Ennek alapján azok a betegek, kiknek heveny szívelégtelensége jól reagál dopamin infúzióra, általában jól kezelhetők tartósan P.-lal.

Pálóssy Béla dr.

A dobutamin és a salbutamol által kiváltott haemodinamikai változások összehasonlítása myocardialis infarctushoz társuló cardiogen shock esetén. Fowler, M. B. és mtsai (Department of Cardiology, King's College Hospital London SE5): *British Medical Journal* 1982, 284, 73.

A dobutamin (D) viszonylag specifikus béta₁-adrenerg izgató, mely fokozza a perctérfogatot és csökkenti a bal kamrai töltőnyomást akut myocardialis infarctusban és idült szívelégtelenség esetén egyaránt, valószínűleg a myocardium contractilitására kifejtett direkt hatás útján. Idült szívelégtelenségben nem fokozza a peripheriás vasculáris resistenciát, akut myocardialis infarctushoz társuló cardiogen shockban azonban a hatása módosulhat. A salbutamol (S) viszonylag specifikus béta₂-adrenerg receptor izgató és inkább az arteriolák dilatációját útján hat kedvezően a myocardialis infarctus miatti alacsony perctérfogot esetében. A szerzők cardiogen shockos betegeken hasonlították össze a két szer haemodinamikai hatásait.

A kilenc beteg közül öt kapta a D-t előbb és másodszorra a S-t, a többi négy beteg fordítva. Adagolás: D: 250, 500, 750 µg/min; S: 10, 20, 40 µg/min, cseppinfúzióban. Minden egyes dózistartományban 20–20 percen át adagolták, és az

egyed adagok között 30 perc szünetet tartottak. A méréseket a kezelés megkezdése előtt, minden dózis-intervallum végén és a gyógyszer-csere előtt is elvégezték.

Mindkét szernek hasonló volt a haemodinamikai hatása: az adagtól függő mértékben fokozták a szívindexet és a frekvenciát, és csökkentették a systemás vasculáris resistenciát. A különbség a két szer között: az arteria pulmonalis végdiastolés nyomása csak a dobutamin hatására csökkent. Csak három beteg élt túl a cardiogen shockot.

A cardiogen shock kezelése továbbra is nagy probléma. A mortalitást az elhalt izomzat mennyisége határozza meg. A betegek egy kisebb csoportjánál mégis javítható a prognózis, ha a bal kamrai functio romlás → még kiterjedtebb infarctus ördögi körét meg tudjuk szakítani, de úgy, hogy a bal kamra funkcióját úgy javítsuk, hogy ne fokozzuk annak oxigén-igényét. Ennek a kívánalomnak mindkét szer megfelel. Haemodinamikai hatásai alapján a S adása akkor ajánlható, ha a balkamrai töltőnyomás nem emelkedett olyan magasra, hogy tüdő-oedemát okozzon, mert főleg peripheriás hatása következtében nem fokozódik a szív-izom oxigén-igénye. A D vizont akkor előnyösebb, ha a bal kamra megnövekedett töltőnyomásának csökkentése fontosabb, mint a D-nak esetleges metabolikus kedvezőtlen mellékhatása.

Kálló Kamill dr.

Pentoxifyllin és acetilsalicilsav plusz dipyridamol randomizált összehasonlítása a múltó ischaemiás attackok prevenciójában. E. Herskovits és mtsai (Hosp. Fernández, Buenos Aires): Lancet, 1981, 1, 966.

A 4 kórházban folytatott multicentrikus vizsgálatban 36 beteg kapott 1040 mg acetilsalicilsav (ASA) + 150 mg dipyridamol kombinációt napi 3 részre elosztva (A csoport), és 30 beteg napi 3 × 400 mg pentoxifyllint (B csoport), a múltó ischaemiás attack (TIA) megismétlődésének megelőzése végett. A vizsgálatból kizárták azokat, akiknek TIA-ja 1 hónapnál régebbi volt, vagy akiknek súlyosabb szubjektív panaszai (fejfájás, szédülés, sporadikus megcsúszás), valamint akiknek gyomorpanaszaik voltak, ill. akiknél az ASA intolerancia feltételezhető volt. A két csoport között nem volt szignifikáns különbség az életkor, nem, vérnyomás, a TIA eredetének lokalizációja és egyéb rizikófaktorok gyakorisága tekintetében. A vizsgálatot egy éven át folytatták, havonkénti ambuláns vizsgálattal ellenőrizve a betegek állapotát, és feljegyezve a TIA esetleges előfordulását. 62 beteg tudták befejezni a vizsgálatot (az A csoport egy tagja közben szívinfarktusból meghalt, mindkét

csoportból 1–1 fő nem orvosi okokból nem folytatta részvételét). Carotis angiográfia csupán a betegek 25%-án történt. 3 betegben (1 „A” és 2 „B”) carotis endarterectomiát végeztek az 1 év alatt. Az A csoportban gyógyszer-mellékhatás nem volt, a B csoportból 2 betegben mutatkozott enyhe (gyomorégés, ill. hasmenés) mellékhatás a dózis átmeneti csökkentésével megszűnt.

A megfigyelési idő alatt 13 betegben jelent meg újból TIA (10 az „A”, 3 a „B” csoportban $p < 0,05$), rendszerint ismétlődően, az „A” csoportban átlag 6,1/fő, a „B”-ben 3,7/fő. Maradandó elváltozást (permanens ictus) csupán 3 betegben (1 „A”, 2 „B”) összesen a 63 beteg 4,7%-ában észlelték, ami lényegesen alacsonyabb, mint amennyi a kezelés nélküli TIA után 1 éven belül várható (az idézett irodalom szerint 35–50%). Tehát mindkét kezelési mód hatásosnak bizonyult a tartós elváltozások prevenciójában. (A vizsgált betegek 75%-a férfi. Az irodalomból ismert, hogy cerebrovascularis történések prevenciójában az ASA hatása férfiakban kifejezettebb, mint nőkben. — Ref.) A szerzők retrospektíve (is) igazoltnak látják, hogy etikusnak jártak el, amennyiben kontrollként placebo-kezelést nem alkalmaztak.

Ami a vizsgálat fő célját, a két-féle gyógykezelési mód összehasonlítását illeti, a permanens ictus előfordulásában nem volt szignifikáns különbség. (Talán túl kicsik a számok ahhoz, hogy meggyőző következtetést lehetővé tennének. — Ref.) A TIA recidiva vonatkozásában talált szignifikáns különbséget a szerzők azzal magyarázzák, hogy míg az ASA-dipyridamol kombinációnak csak a vérlemezkek aggregációját gátló hatása van, a pentoxifyllin ezen felül csökkenti a vér viszcositását (növeli a vörösvérsejtek flexibilitását, csökkenti a plasma fibrinogen szintjét) és fokozza az intracellularis ATP felépülését is.

Szabó Rezső dr.

A diazepam hosszú távú használata. Hollister, L. E. és mtsai (Veterans Adm. Medical Center, 151-H, 3801 Miranda Avenue, Palo Alto, California, 94304, USA): JAMA, 1981, 246, 1568.

A neves pszichofarmakológus szerző azt az elterjedőben levő véleményt akarta vizsgálatában ellenőrizni, hogy a diazepam (Seduxen) hosszabb távú szedése toleranciához, függőséghez vezet. Az USA-ban a felnőtt lakosság kb. 6%-a tartósan szed valamilyen típusú nyugtatót, alkalmilag 6–8-szor ennyien, a kérdés tehát népegészségügyi jelentőségű.

Tartósan a vizsgálat szempontjából legalább egy hónapi szedés minősítették és várakozásaikkal ellentétben nagyon nehezen sikerült ilyen betegeket felkutatniuk. Végül

egy ideggyógyászati-idegsebészeti rendelés betegei közül választottak ki egy százas csoportot. A betegek izomspazmusok, gerincfájdalmak miatt kaptak napi 5 és 40 mg közötti diazepam-adagot 1 hónap és 1 év közötti ideig.

A gyógyszernek és fő metabolitjának, a diazepamnak szérumszintjét gázkromatográffal mérték, az eredmények így a betegek részéről szándékosan nem voltak befolyásolhatók. Kikérdezéssel klinikailag hatásosnak, mellékhatásoktól mentesnek mondták a betegek a diazepamot, más szerekhez képest is. Megvonási tünetként csak egy-két beteg jelezte, hogy a szer elhagyásakor eredeti panaszai jelentkeznek. A szérumszintek (a nordiazepam és a bomlatlan szer összesen) 108 és 2500 ng/ml között ingadoztak, az átlag 520 ng/ml volt. A bevétel időbeli és mennyiségi pontatlanságai egy-egy betegnél is nagy különbséget okoztak ismételt mérések közt. Különös módon nem találtak érdemi korrelációt a gyógyszer adagja és a mért plazmaszint között: nagyobb dózist szedőknél nem mértek gyakrabban 900 ng/ml feletti addikcióra veszélyesnek tartható szinteket. 35 betegnél ismételt alacsony szinteket mértek, amelyek a terápiás szint alatt vannak: az illetők placebo-ként használják a szert, érzékenyebbek rá, vagy csak súlyosabb panaszok esetén veszik be.

A vizsgált betegek spasztikus és egyéb fájdalmai 83%-ban lényegesen javultak, egy másik vizsgálatban, pszichiátriai betegek szorongása 77%-ban szűnt diazepamra. Az irodalomban közölt plazmaszint-vizsgálatokkal összevetve a szerzők véleménye az, hogy hatásos, veszélytelen szer, az adott betegcsoport számára. Az alkalmi nagyobb dózisok bevételét jelző szintkiugrásokon kívül semmilyen hozzászokásra vagy függőségre utaló adatot nem nyertek.

(Ref.: Az abusus sokkal inkább fejlődik ki olyan pszichológiai, életvezetési zavarok esetében, amikor a nyugtatók tovább csökkentik a problémamegoldó képességet és egyéb terápia nem történik a betegnél.)

Cserne István dr.

Erythrocyták és a plasma cink-szintje digitalizált betegeken. Zumkley, H. és mtsai (Med. Poliklinik, Univ., Münster): Klin. Wschr. 1981, 59, 1345.

Az erythrocytákon belüli elektrolitek összetételének és szintjének vizsgálata évek óta a diagnosztikai és pathophysiologiai vizsgálatok tárgya. Így a vörösvértestek nátrium-tartalmának növekedése szignifikáns korrelációt mutat a plasma digoxinszint emelkedésével. A szerzők 31 egészséges kontroll egyénen, továbbá 63 digitalizált betegen vizsgálták a plasma és a vörös vértestek cink-, nátrium-, kálium- és magnesiumtö-

ménységét. A digitalizált beteg vörös vérséjtjeiben a már általuk előbb leírt natriumszint emelkedése mellett a cink szintjének is jelentős növekedését észlelték. Az intraerythrocytás kalium- és magnesiumszint, valamint a plasma ez irányú paraméterei a normálistól semmi eltérést nem mutattak. Következtetések szerint az intraerythrocytás cinkszint emelkedését is hasonlóan a digitális okozta transmembran iontransport zavarra váltja ki.

iff. Pastincky István dr.

Sebészet

Szívbeteg nem szívsebészeti műtéti. J. H. Tinker és mtsai (Mayo Clinic and Mayo Medical School, Rochester, Minn.): JAMA, 1981, 246, 1348.

A közlemény röviden tárgyalja a szívbeteg nem szívsebészeti műtéteinek kockázatát, a praeeoperatív gyógykezelés, az operatív és postoperatív gondozás alapelveit.

Retrospektív felmérések szerint myocardialis infarktus (MI) után 6 hónapon túl végzett műtétet követően 7 napon belül újabb infarktus 60%-ban fordult elő. Gyakoribb a reinfarktus mellkasi, nagyér és felhasi műtét után, különösen ha az 3 óránál hosszabb volt. Növeli a reinfarktus lehetőségét a praeeoperatív hypertensio és az intraoperatív hypotensio, valószínűleg nem befolyásolja azt a kor, a nem, a MI lokalizációja és az anaesthesiológiai technika. A műtétet, ha nem sürgős beavatkozással van szó, MI után 6 hónapot tanácsos várni. Egy felmérés szerint MI után 6 hónapon túl 287 helyi érzéstelenítésben végzett szemészeti műtét után reinfarktus nem fordult elő, tehát szemműtétnek MI után jelentéktelen a kockázata.

Nagyon alacsony kockázattal végezhető nem szívsebészeti műtét coronaria bypass után. 99 bypass műtét utáni beteg 168 nem szívsebészeti műtéte során nem fordult elő perioperatív MI. Ugyanakkor 49 angiographiával bizonyított coronaria betegségben szenvedő beteg 58 nem szívsebészeti műtéte során a perioperatív MI 5–6%-ban fordult elő.

Az angina pectoris önmagában nem mérvadó postoperatív szívkomplikációk irányában. Jelentős kockázati tényező az angina pectoris kapcsán meggyengült kamrai funkció és a megnövekedett kamrai irritabilitás (5-nél több kamrai ES/perc). Ha az angina instabillá válik, a nem szívsebészeti műtét előtt coronaria angiographia és indikáció esetén coronaria bypass műtét végzendő.

Billentyűhiba esetén a nem szívsebészeti műtét kockázatát befolyásolja: 1. a billentyűhiba helye, 2. a laesio haemodinamikai súlyossága,

3. szívelégtelenség jelenléte. Aorta stenosis súlyossága egyenes arányban van a perioperatív szövődményekkel. Nem egyszerű dolog idősebb betegen az aorta stenosis súlyosságának megállapítása. Elektív, nem szívsebészeti műtét elvégzése a súlyos aorta stenosis megoldása után tanácsos. Jól kompenzált más billentyűhiba esetén az anaesthesia különösebb kockázat nélkül elvégezhető. Problémát jelenthet súlyos mitralstenosisos betegen a postoperatív szakban előforduló pulmonalis oedema, különösen ha gyors kamrai frekvenciájú pitvarfibrilláció áll fenn, vagy ha túlzott folyadékbevitel volt.

Pace-makeres betegek műtétjénél az elektrokauter használata a PM közelében felfüggeszti annak működését. PM profilaktikus alkalmazására nincs szükség még bifascicularis blokk esetén sem.

Mélyen cyanosisos, polycythaemiás beteg műtétjekor gondoskodni kell a folyadék depláció gátlásáról a thrombotikus szövődmények megelőzése céljából.

Műbillentyűs betegek általában anticoaguláns terápiában részesülnek. 139 betegen 180 nem szívsebészeti műtétet hajtottak végre thromboemboliás szövődmény nélkül. Az anticoaguláns kezelést 1–3 nappal a műtét előtt leállították, 1–7 nappal utána ismét elindították. Közben „alacsony dózisú” heparin kezelést alkalmaztak. Mitralis elhelyezkedésnél nagyobb a kockázat, mint aorta billentyűnél. Azon műbillentyűs betegeknél, akik thrombocytá aggregációt gátló kezelésben részesülnek, elektív nagy műtét előtt 2 héttel a kezelést fel kell függeszteni. Súlyosabb vérzés és postoperatív haematoma könnyebben fordul elő thrombocytá gátlókat szedőkön.

A nem szívsebészeti műtét előtt hypertonia, arrhythmia, szívelégtelenség, angina pectoris kezelésére használt gyógyszerek kevés vízzel a műtét napján és az utána következő napokban is bevehetők, esetleg átmenetileg iv. is adhatók. A digitális terápiát illetően eltérőek a vélemények. Amennyiben lehetséges, tanácsos a digoxin kezelést 48 órával (veseelégtelenség esetén korábban) a műtét előtt átmenetileg felfüggeszteni, mert az izgalom, az anaestheticumok indukálta catecholamin depletio és elektrolit eltolódások digitális intoxikációra praedisponálnak. A propranolol dózisának műtét előtti csökkentése nem ajánlatos, mert megváltozik a myocardium oxigén-szükséglet-kínálatának egyensúlya. Béta-blokkoló kezelésben részesülő betegeknél kevesebb anaestheticum adása szükséges. Billentyűhibás és műbillentyűs betegeken műtét, fogászati beavatkozás, műszeres vizsgálat előtt bakteriális endocarditis megelőzésére antibiotikus profilaxis végzendő.

Műtét alatt elsődleges feladat minden szívbetegnek a ventricula-

ris dysfunctio, coronaria betegeken a myocardialis ischaemia megelőzése. A tachycardia és a hypotensio műtét alatti elkerülése nem könnyű feladat, mert minden anaestheticum gyengíti a myocardiumot.

A postoperatív szakban sok beteg közepes vagy súlyos hypothermiába kerül. Az ébredéskor bekövetkező hidegrázás megnöveli a myocardium oxigén-szükségletét és ez MI-hoz vezethet. A műtét utáni fájdalom inadaequat kezelése esetén a következményes szorongás, tachycardia révén ugyancsak MI keletkezhet.

Márk László dr.

Vérzéscsillapítás egy új infravörös zafir coagulátorral. Lauterjung, K. L. Nath, G., Heberer, G. (Chirurgische Klinik und Poliklinik im Klinikum Grosshadern der Universität München und Labor für Medizintechnik, München): Chirurg, 1982, 53, 88.

A lép- és májruptúrákból eredő diffúz vérzések csillapítása a hagyományos módon gyakran nehézségekbe ütközik. A lép eltávolítása nem okoz ugyan nehézséget, de hiánya másodlagos szövődményekkel járhat. A lép eltávolítása után fertőzések elleni csökkent immunreaktiót észleltek, ezért az utóbbi években újból alkalmazzák az autolog lép transzplantációt. A máj sérüléseinek varratokkal, elektrocoagulációval, a máj részleges resectiójával megszüntethető a vérzés. A léppel ellentétben, a máj átlománya varratokkal egyesíthető, mégis előfordulnak nehezen csillapítható vérzések a májból is.

Az utóbbi időben, különösen a lép megtartása érdekében előtérbe került a szövetragasztás és az infravörös coagulatio. A szerzők az infravörös contact coagulátor továbbfejlesztéséről és azzal elért klinikai tapasztalataikról számolnak be. Az általuk kifejlesztett infravörös zafir coagulátor előnye, hogy a szöveteket 5 mm mélységig coagulálja, de csak felületen carbonizálást idéz elő. Erős sugárzási teljesítménnyel, rövid idő alatt fejti ki hatását. A készülékhez csatlakoztatható szondák, megfelelő alkalmazás mellett, kevésbé tapadnak a sérült felületekre. Jól sterilizálhatók. A zafir szilárdsága a gyémántéval vetekszik. A szonda végén levő zaffirkristály előnye, hogy az infravörös sugárzás teljes spectrumát továbbítja a szövetekbe, anélkül, hogy maga a kristály felmelegedne. Jó fénytörési lehetőségei miatt az ékalakúra kiképzett kristály felületen és az élen egyaránt kifejti coaguláló hatását, ezért mélyreható sérüléseknél is eredményesen alkalmazható.

Az ábrák jól demonstrálják az egyenes és derékszögben hajlított, laposvégű, illetve ékalakú coagulátor szondákat, melyekkel a parenchymás szervek mélyen fekvő, ne-

hezen hozzáférhető sebzései is elérhetők.

A szerzők állatkísérletek után először alkalmazták embereken az általuk kifejlesztett készüléket. 22 beteg közül 10-nél májsérülés miatt használták a készüléket. 3 esetben hasnyalvattal kombinálták, a többi 7-nél egyedül a coagulátorral sikerült a vérzést megszüntetni. 7 lépruptura közül egy esetben vált szükségessé a lép eltávolítása, súlyos lép véna vérzés miatt. A többi esetben eredményesen alkalmazták a coagulátort. 5 esetben egyéb helyről eredő, a hagyományos módon nem szüntethető vérzésnél alkalmazták: Egy abdominális rectum extirpatio után a praesacralis erekből eredő, egy combizomzatból származó, egy heges pleura callusból és két tumorból származó vérzést sikerült készülékkel megszüntetniük.

Végezetül a következőkre hívják fel a figyelmet:

— A coagulátor szonda kristály végének a szervre történő ráhelyezése után szabad csak az áramot bekapcsolni és a szonda kiemelése előtt kikapcsolni. Ezáltal elkerülhető a sérült felület és a kiömlő vér carbonizálása.

— Ismételt alkalmazáskor minden esetben gondoskodni kell a kristályfelületek letisztításáról.

— Használat közben hideg izotóniás konyhasó oldatba mártva hűthető le a szonda.

— Erős máj- vagy lépvérzésnél ajánlatos a lig. hepatoduodenalét, illetve a lép hilusát ujjal, vagy rugalmas klammerral ideiglenesen lezárítani.

A készüléket gyártja: dr. G. Nath, Labor für Medizintechnik, Steinerstrasse 15, D-8000 München 70).

Viczián Antal dr.

Tápcsatornai műtétek utáni hashártyagyulladás. J. M. Mantz és mtsai (Service de Réanimation Médicale, Pavillon Pasteur, C. H. U. Strasbourg): J. Chir. (Paris) 1981, 118, 89.

A hasi műtétek utáni generalizált heveny hashártyagyulladás igen súlyos állapot. Mortalitása ma is még 40–90% (!). Kialakulását elősegíti a beteg ellenállóképességének csökkenése, szöveti károsodás a műtéti területen, vérellátás romlás, vérömleny, esetleg epe, gyomor- vagy pancreasnedv, amelyek a baktériumok virulenciáját fokozzák. (Egy mm³ széklet egy millió, főként Gram-negatív és anaerob baktériumot tartalmaz.) A szövődemény korai diagnosztikája nehéz, de a korai műtét életmentő lehet.

Az első tünetek larváltan jelentkeznek, az izomvédekezés gyakran hiányzik. A legelső és legbiztosabb jel a műtét után néhány nappal fellépő láz.

Tápcsatornai tünetek: hányás, amely meghaladja a két litert naponta, hasmenés.

Heveny keringési zavar — endotoxin shock.

Heveny veseelégtelenség — oligo-anuriával.

A légzési elégtelenséget több tényező hozza létre, így a csökkent rekeszlégzés, az endotoxin megtámadja az alveolo-capillaris membránt, csökken az onkotikus nyomás, shunt-keringés alakul ki.

Az antibiotikus kezelés nagyon fontos, mivel a kórokozók enterobaktériumok, anaerobok, gyakran rezisztensek a legtöbb antibiotikumra.

Ha az első műtétnél peritoneális dialysis beállításra került, akkor hasznos lehet a cephalosporin — tobramycin — metronidazol kombináció. Fontos gondoskodni a megfelelő kalóriabevitelről, mert az igény eléri az 5000 kalóriát is. Az ilyen körkötet nevezte Moore *septicus éhezésnek*.

A szerzők 27 ilyen beteget észleltek, akik közül 11 gyomor, 8 pedig bélműtéten esett át. A 27 beteg közül 25 meghalt (90%). A leggyakoribb tünet a veseelégtelenség volt (17 beteg), shockos állapot hat alkalommal fordult elő. Tizenhárom beteg került ismételt műtetre, a két gyógyult ezek közül került ki.

Véleményük szerint a csak minél korábbi műtéttel várható a beteg gyógyulása. Sokkal rosszabb megem operálni egy tünetszegény peritonitises beteget, mint egy felesleges műtétet végezni.

Svastits Egon dr.

A nervus recurrens kiproeparálásának előnye a pajzsmirigy-sebészeten. C. Proyte és mtsai (Clinique Chirurgicale Adultes Est, Lille): J. Chir. (Paris) 1980, 117, 115.

Véleményük szerint a n. recurrens kiproeparálásának kérdése igen aktuális kérdés a pajzsmirigy-sebészeten.

Osztályukon 1963 óta nagyon megemelkedett az operált betegek száma, így 1978-ban már 428 pajzsmirigy műtétjük volt (összesen 2880). Az utóbbi években rendszeresen kiproeparálják a n. recurrenseket, kivéve enucleatio vagy isthmusresectio esetét.

Bénulásnak nevezik a hangszalag mozdulatlanúságát, paresisnek ha mozgáskorlátozottság van, nem zár teljesen a hangszalag. A 428 betegből 422 beteget postoperative azonnal, majd ébredéskor és meghátrózott időben ellenőriztek és követelték.

46%-ban lobectomy, 37-ban subtotalis thyreoidectomy, 4 esetben totál thyreoidectomy történt. Az indikációk: Basedow-kór 17%, nagy nyaki struma 16%, subster-nalis struma 64%, struma maligna 40%, 10 esetben volt reoperáció.

A műtétet 50%-át egy sebész, a többi sokan, még kezdők is végezték. Műtét után 14 bénulást (2,5%)

találtak és 39 mozgáskorlátozottságot (7%). Két bénulás esetében az ellenoldalon történt a műtét és így esetleg intubációs traumatizációról lehetett szó.

A 4–8. napon történt laryngoscopiák során a 39 mozgáskorlátozottságból 24 megszűnt.

Egy évig követték betegeiket; egy év múltán négy hangszalagbénulás maradt és 3 mozgáskorlátozottság. Ez kevesebb mint egy százalék, és ha hozzászámítjuk a 7 szem elől tévesztett beteget, akkor még mindig csak 2,6% lehetne.

A 4 betegből 3-nál nem volt hangképzési zavar, mert az ellenoldali hangszalag kompenzált.

Véleményük szerint a n. recurrens műtét alatti kiproeparálása nagy biztonságot szolgáltat és biztosítja a műtét utáni jó funkciókat.

Svastits Egon dr.

Az izmok is átültethetők. Szerkesztőségi közlemény: Österreichische Ärztezeitung, 1980, 15–16, 856.

G. Freilinger, a Bécsi II. Sebészeti Klinika professzora, a bécsi nemzetközi „Izomszimpozium” alkalmával, ahol 16 országból, 60-an vettek részt, felvetette: a sebészeti kutatás új területe az izmok átültetése legyen. Válgjon lehetséges-e egész izmok átültetése olyan helyről, ahol nincs feltétlenül szükség rájuk. Az izomátültetés fő területe a nagy műtétek utáni bénulások, állapotok lennének, ahol az izmok ronc-szóldtak, vagy el kellett távolítani őket. Például végbélráknál végzett műtét után gyakran nem működőképes a bélzáróizom. Rendszerint mesterséges nyílást kell készíteni, ami a beteg számára pszichés megterhelést jelent. Ha a végbélzáró izom helyére a saját testből izmot lehetne átültetni, ez döntő előrelépés lenne a plasztikai sebészeten, és lényeges a beteg szempontjából.

Az izomátültetés fő problémája az ideg- és vérellátás biztosítása. Az idegellátás biztosítására két lehetőség van. Az izmot vagy közvetlenül egy másik, normálisan beidegzett mellé ültetni, hogy idegágak nőjenek át a „szomszéd” felé (izom-neurotisation), vagy meg lehet kísérni egy rendelkezésre álló megfelelő ideg csatlakoztatását a transzplantált izomhoz.

A másik probléma, a vérellátás biztosítása meg kell oldani, hogy az átültetett izmot a helyi artériákhoz és vénákhoz lehessen csatlakoztatni. Nagyobb izmok átültetése a mikrosebészet fejlődése nélkül nem lehetséges (1/2 mm átmérőjű véredények is varrhatók legyenek). Ha a véredényeket nem közvetlenül kötik össze egymással — az izom a testnedvek általi táplálásra van utalva — először sorvad, majd részlegesen regenerálódik. Ez működőképességét jelentősen korlátozza.

A sebészet ezen új, messzemenően nyitott távoli kilátásokkal rendelkező területének még meglehetősen a kezdetén állunk — állapították meg a szimpozium résztvevői.

Sarok Judit dr.

Heterotopiás csontképződés hasi műtétek hegében. Apostolidis, N. S. és mtsai (Athens University Medical School, Hippocraton Hospital, Athens.): Amer. J. Surg. 1981, 142, 555.

Hasi műtét hegében a heterotop csontképződés ritka lelet. Az ilyen esetek száma az angol nyelvű irodalomban nem éri el az ötvenet. A szerzők 5 éves beteganyagukban hatot találtak. 5 betegük férfi volt, 1 nő. Életkoruk 56 és 75 év közötti, sovány, kóvér és átlagos alkátú egyaránt volt köztük. Egyiküknek sem volt endokrin vagy anyagcserebetegsége, mely a fokozott csontképződés hajlamot magyarázná. A megelőző műtét 5 betegben jóindulatú elváltozás, fekély vagy epekővésség miatt történt, egy esetben coloncarcinoma miatt. Mindegyik beteg műtéti sebé elsődlegesen gyógyult. A csontképződés 6–18 hónap között alakult ki a műtét után. Egy esetben okozott helyi fájdalmat, ez esetben röntgenfelvétel derítette fel az elváltozást. A többi betegben a heterotop csont nem okozott panaszt, sebészi vizsgálatnál vették észre. Mindegyik képződést műtéttel eltávolították. A szövettani vizsgálat mindegyik esetben normális heterotop csontszöveti szerkezetet mutatott. Korábban ajánlották panaszt okozó ilyen képződések röntgenbesugárzását, de ennek több ellenzője volt. A szerzők nem tartották szükségesnek alkalmazását.

Pálvölgyi László dr.

A necrotizáló fasciitis. Freeman, H. P. és mtsai (Harlem Hospital Center, New York): Amer. J. Surg. 1981, 142, 377.

A fasciitis necrotisans viszonylag ritka, de súlyos, halállal fenyegető megbetegedés. Lényegében a felszínes és mély fasciák mentén terjedő fertőzés, mely másodlagosan a fedő bőr elhalását is okozza. A szerzők Harlemben 5 év alatt észlelt 14 eset feldolgozását ismertetik. A kórokozók között szerepelt streptococcus, enterococcus, coli, klebsiella, pseudomonas, staphylococcus és meghatározatlan anaerob organizmus. A fertőzés kialakulását elősegítő tényezőként kábítószer befeccskendőzés, égési és egyéb sérülés, tályog, vastagbélrák átfúródás fordult elő. Két esetben megelőző sérülésről nem tudnak. A kezelés széles sebészi feltárás, necrectomia és antibiotikumok adagolásából állott. 10 betegüket hazabocsátották, 4 meghalt. A halál oka 3 esetben septikus shock volt, 1

esetben szövődmenymentes tüdő-tályoghoz társuló légzési elégtelenség. A fasciitis necrotisans előfordult az alsó és felső végtagon, a törzsön és a nyakon egyaránt.

(Ref.: a közelmúltban észlelt fasciitis necrotisans esetünkben az antibiotikus és sebészeti kezelést eredményesen egészítette ki a kitenyésztett staphylococcus autovaccinatio. A beteg kórelőzményében kozmetikai célú epilatio szerepelt az érintett területen.)

Pálvölgyi László dr.

Teljes pancreas eltávolítás a hasnyálmirigy-vezeték rákja miatt. Van Heerden, J. A. és mtsai (Mayo Clinic and Mayo Foundation, Rochester): Amer. J. Surg. 1981, 142, 308.

A hasnyálmirigy ductalis eredetű rákjának sebészi kezelése rossz eredményeket ad. E daganatok csaknem 90%-a a kórisme idején már nem resecálható, magas a műtét halálozás, alacsonyak a túlélési értékek. A teljes pancreas eltávolítás eredményeit a különböző daganatfélésekre vonatkoztatva külön még nem elemezték. A szerzők a pancreas ductalis adenocarcinómája miatt végzett 51 totális pancreatectomia és 41 Whipple-műtét eredményeit hasonlítják össze. A műtét halálozás meghaladja a 10%-ot, és ez az érték az elmúlt három évtized során lényegében nem változott. A halál leggyakoribb oka a műtét utáni vérzés és sepsis. A 3 éves túlélés 9%, az 5 éves csak 2,3%. Az átlagos túlélési idő 13 hónap. A késői halálozás oka 86%-ban a daganatos folyamat kiújulása, amiben fő szerepe a felfedezetlen nyirokátételeknek és a tumor multicentrikus jellegének van. A totális pancreatectomia előnye a Whipple-műtéttel szemben elméletileg a pancreato-jejunostomia kiküszöbölése, mert az a műtét utáni szövődmenyek és halálozás fő oka. Ennek ellenére a két műtét utáni túlélési adatokban lényeges eltérést nem találtak. A kiábrándító eredmények fő okának e daganatfélésség nagyfokú biológiai agresszivitását tekintik.

Pálvölgyi László dr.

Egyszerű mechanikus eljárás a thromboembolia előfordulásának csökkentésére. Scurr, J. H. és mtsai (Westminster Medical School, London): Amer. J. Surg. 1981, 141, 582.

A műtét után fenyegető thromboembolia megelőzésére gyógyszeres és mechanikus eljárásokat alkalmaznak több-kevesebb sikerrel. Az Egyesült Királyságban e szövődmeny gyakorisága 30%-felett van, az Egyesült Államokban az általa okozott évi halálozás 47–140 ezer között. A szerzők egy „Pedi-Pulsor” nevű szerkezetet alkalmaztak különböző műtéten átesett 40

év feletti betegeknél a műtét utáni thromboembolia megelőzésére. A szerkezet a műtét alatt és a műtét utáni szakban a mütőasztalra, illetve az ágyra szerelve a beteg lábát váltakozva plantaris és dorsalis flexióba hozza. 33 betegnél alkalmazták a Pedi-Pulsort, 33 hasonló korú és hasonlóan műtött beteg alkotta a kontroll csoportot. A kontroll csoportban 15 thromboembolia fordult elő, a Pedi-Pulsorral kezelték között ezzel szemben 6. Ily módon tehát egyszerű, a beteg nem terheli eljárással jelentősen csökkenthető a műtét utáni szövődmeny előfordulásának gyakorisága. Ez különösen meggondolandó a preventív antikoagulálás veszélyeinek ismeretében.

Pálvölgyi László dr.

Az epeutak műtéti rekonstrukciójának technikájáról 44 hiánytalanul követett egymás utáni eset alapján. J. W. Braasch, J. S. Bolton, R. L. Rossi (Lahey Klinika Sebészeti Osztálya, Burlington, Massachusetts): Ann. Surg. 1981, 194, 635.

Az epeutak jóindulatú megbetegedés okozta szűkületei a hasi sebsézet egyik legproblematisabb területét jelentik ma is. A szerzők ismertetik anyagukat, amelynek műtéti ellátását egyetlen operátor — az első szerző — végezte. 1971 és 1976 között 44 beteget operáltak fenti okból az általuk kidolgozott technikával. Valamennyi betegüknél cholangitis, külső epesipoly is fennállt a műtétet szükségessé tevő strictura mellett. 24 betegnél egy vagy több rekonstrukciós kísérlet szerepelt az anamnesisben. 39 beteg kórlefolását részletezik, akiknél a restructio hepato-jejunostomiával, vagy hepato-duodenostomiával történt. A műtéti technikában a legfontosabbnak azt tartják, hogy a vékonybél-nyálkahártyát az epeút nyálkahártyájához pontosan adaptálják. Legjobbnak a feszülésmentesen az epeúthoz fektetett jejunum-kacsot tartják anastomosis céljára, a kacsot kiiktatni nem szükséges Roux szerint, az epeutakra kerülő vékonybél tartalom tapasztalataik szerint — a közhiedelemmel szemben — klinikai következményeket nem okoz. A biztonságos anastomosis másik feltétele, hogy az epeútsont axialis lefutású vérrelátását ne bolygassák meg felesleges preparálással. A szerzők anastomosisaikat mindig T-drain intraluminalis alkalmazásával biztosították. Ez a módszer számukra a biztonság érzését kelti, azonban ellenkezőjét nem próbálták, így valós kontrolljuk nincs. A T-draint fél évig hagyják a helyén.

A 33 ilyen módon megoperált beteg 86%-án kitűnő eredményt értek el, és a minimálisan 3 év követési idő alatt újabb strictura kialakulását nem észlelték. Műtéti halálozásuk nem volt.

Módszerüket a jóindulatú epeszűkületek műtéti ellátására, mint választott módszert ajánlják.

Balogh Ádám dr.

Csecsemő- és gyermekgyógyászat

A nasopharyngealis reflux és az újszülöttkori apnoe. Plaxico, D. T., Loughlin, G. M. (Department of Pediatrics, University of Florida College of Medicine Gainesville): Amer. J. Dis. Child. 1981, 135, 793.

Az újszülöttkori apnoe köréredete bonyolult és összetett, s lényegéről mindmáig meglehetősen hiányosak az ismereteink. A lehetséges okok közé sorolják a megfigyelők a hypoxiát, az idegrendszer éretlenségét, de a légzőcentrum elégtelen működését is. Az étkezés-sel kapcsolatos apnoeról csak kevés közlés ismeretes a gyermekgyógyászati irodalomban, éppen ezért ismertetik a szerzők saját megfigyeléseiket. Két csecsemőt tanulmányoztak, akik táplálás közben minduntalan apnoesok és bradycardiások lettek. A diagnózist tulajdonképpen a nyelés mechanizmusának tanulmányozásával cinefluoroscopia segítségével, bárium-pép nyeletéssel érték el. Végül is tömény táplálék nyújtásával, valamint alkalmas cumi segítségével odáig jutottak, hogy az apnoe és a bradycardia fokozatosan megszűnt.

A klinikai tünetek és a radiológiai jelek arra utaltak már megelőző észlelések során is, hogy a nasopharyngealis reflux és az apnoe között valamilyen ponton oki összefüggés van, vagy lehet; ugyanis mások is leírtak hasonló klinikai észleléseket, amikor táplálás közben elhúzódó apnoet láttak. A pathophysiológiai magyarázattal azonban adósak maradtak. A szerzők abból indultak ki, hogy a közleményben ismertetett két csecsemő apnoeójának oka lehet légúti obstrukció, de az is, hogy egyszerűen csak tej kerül az orr-garat-űrbe.

Sajátos a 6 hónapos kornál fiatalabb csecsemők helyzete: a pharynx anatómiai felépítettsége ugyanis lehetőséget teremt arra, hogy légzésük — bizonyos körülmények között másodlagosan — alkalmazkodjék a nasopharyngealis refluxhoz. Az epiglottis és a vele szemben elhelyezkedő lágyszájpad tudniillik, három közlekedő csatornát képes kialakítani a szájüregben. Ezek közül a középső a nasopharynxot köti össze a megemelt larynx ürterével, míg a két oldalsó csatorna a táplálékot juttatja be az oesophagusba. Következésképpen a fiatal csecsemők — éppen úgy mint a növényevő emlősök — képesek az egyidejű nyelésre és légzésre. Amennyiben a nyelés mégis zavart szenved és a híg folyadék — itt ezen van a hangsúly — a nasopharynxba regurgitál, mechanikusan elzárja a légvétel útját. Amíg

ez az elzáródás nem oldódik — akár úgy, hogy a folyadék kifolyik az orron át, akár úgy, hogy az végül is visszaáramlik a normális útra az oesophagusba —, a csecsemő kénytelen az elzárt ornyíláson át erőltetni a légvételt. Ez érthetően megzavarja a levegő beáramlását, lévén a csecsemő ebben a korban szinte obligát orrlégző. Ez így aztán hypoxiához vezet, amihez másodlagosan apnoe és bradycardia csatlakozik. Másfelől az utóbbiak reflexes úton is létrejöhetnek: az orrnyálkahártya chemoreceptorainak az ingerlése révén. Hogy ezen mechanizmusok közül — adott pillanatban — melyik érvényesül a csecsemőben, egyértelműen eldönteni nem lehet. Mindezekben túl a nasalis reflux akkor is megjelenhetik, ha a nyelv által irányított hátraáramlása a tápláléknak nem elég gyors és hatékony, s ezáltal az hiányosan, vagy késve jut a pharynxba, majd az oesophagusba. Ennek okát általában az idegrendszer fejlődésbeli elmaradásában látják.

A *therapia kulcsát* az a megfigyelésük adta a szerzők kezébe, amit a hígított, illetve a tömény bárium-pép nyeletésével szereztek. Kitűnt, hogy sűrű vagy szilárd táplálékok fogyasztása — ilyen helyzetekben — javítja az oropharyngealis funkciót és csökkenti a refluxot a nasopharyngealis területre.

Kétségtelen, hogy az ismertetett reflux-változat nem szokványos oka a csecsemők apnoeójának. Akkor kell erre gondolni — de akkor feltétlenül —, amikor etetés közben minduntalan apnoe állapotba jut a csecsemő. A korai diagnózis és a megfelelő kezelés aztán alig számottevővé csökkenti a következményes morbiditást és mortalitást.

Kiss Szabó Antal dr.

Periodikus légzés a tartós apnoe-ban szenvedő csecsemőkben. Moore, S. E. és mtsai (Sleep Disorders Center, Deaconess Hospital, St. Louis, USA): Amer. J. Dis. Child. 1981, 135, 1029.

Számos vizsgálatból levonható az a tanulság, hogy a periodikus légzés (PB) valamilyen úton-módon kapcsolatban van a hirtelen halállal. Egyebek között például mind az előbbi, mind maga a hirtelen halál, jóval gyakoribb a koraszülött csecsemőkben, mind az érett súlyllyal születettekben, a hypoxiás állapot kiválthatja, sőt fokozhatja a PB-t, boncolás során pedig olyan elváltozásokat találtak PB-ben szenvedőkben, mint ami ismeretes a hirtelen elhaltakban. Ma már azt is tudjuk, hogy a *prolongált apnoe* kötődik mind a PB-hez, mind a hirtelen halálhoz. Az utóbbiban elhaltak testvéreiben is többször felismerhető a PB, mint általában más kontroll egyedekben. A PB megtalálható az ún. „near miss” csoportban is. Az utóbbiakban ha olyan alvás alatti apnoe lép

fel, amely tónustalansággal, cyanoissal, vagy sápadtsággal jár és ezt csak azáltal lehet befejezni, hogy szájból szájba lélegeztetnek, úgy ezekben a csecsemőkben a későbbiekben szignifikánsan több a PB-roham alvás idején, mint a kontroll csecsemőkben.

Az ismertetett vizsgálatoknak az volt a célja, hogy elemezze a PB-t az olyan érett súlyllyal születettekben, akik megelőzően apnoes rohamokat éltek át és amelyekből csak resuscitációval lehetett őket visszahozni. 24 csecsemő alvás alatti PB megfigyelésének eredményeit közlik a szerzők. Két csoportra osztották a vizsgáltakat az apnoe megjelenésének természetét szerint: 12 csecsemőre alvás idején tört rá az apnoe, a másik 12-re ébrenlét közben. Az alvási és ébrenlét csoportban összehasonlították minden érdemi klinikai adatot, lényeges különbséget azonban nem találtak. Különbség volt ellenben a nemet illetően és abban, hogy melyik fázisban lépett be a PB. Azt találták, hogy a leány csecsemőkben gyakoribb és közöttük is az alvási apnoeaban szenvedőkben a halmozottabb. Észlelték, hogy az „alvások” csoport mind a 12 csecsemője produkált PB-t a későbbiekben ellenőrzött alvás idején, míg az „ébrenlét” csoport 12 tagjából csak 10. Kétségtelenné lett az is, hogy az „alvások” csoport az ellenőrzött alvási idő 100 percére számítva hosszabb időt élt át PB-ben, mint az „ébrenlét”, továbbá az, hogy ezekben a csecsemőkben az alvási időben gyakrabban és többször ismétlődött a PB. Végeredményben tehát összességében szignifikánsan több volt a PB alvás idején azokban, akik megelőzően az alvási időben lettek apnoesok, mint azokban, akik ugyanilyen rohamot ébrenlétben éltek át. Ez tulajdonképpen azt is bizonyítja, hogy az alvási PB nincs kapcsolatban mindig és mindenféle megelőző apnoes állapottal, elsősorban csak az olyanokkal, amelyek alvás idején jelennek meg. Ezek a csecsemők sorolándók a hirtelen halál jelöltjei közé.

Az apnoet illetően vizsgálataikban ugyan kizárólag a szülői elmondásra hagyatkoztak — így az adatok megbízhatósága talán kétséges — mindazonáltal ennek zavaró hatását csökkentette az a tény, hogy a csoportok közötti különbség szignifikánsnak bizonyult. Fokozza a vizsgálatok megbízhatóságát, hogy az alvás alatti apnoes egyedek PB-re vonatkozó leletei megegyeznek azzal, amit megelőzően mások a „near miss” csoport vizsgálatával kaptak; hasonlóképpen az, hogy az ébrenlétben „apnoezók” leletei a mások által egészségesekre megállapított jelekkel egyezők. Az alvás idején apnoet átélő csecsemők gyakori későbbi alvás alatt észlelt PB-je arra is következtetést enged, miszerint ezekben a csecsemőkben talán más tényezők irányítják a folyamat kifejlődését,



BUDAPEST  CHINOIN

PYASSAN

PYASSAN

Antibiotica contra

● kapszula ●

Antimicrobia contra

Gram + microbia

Gram — microbia

A Pyassan kapszula széles hatásspektrumú baktericid hatású félszintetikus antibiotikum. Hatóanyaga a Cefalosporium acremonium gomba által termelt cefalosporin C származéka. Kismértékben kötődik a plazmafehérjéhez, magas antibakteriális szintet biztosítva a vérben. Kevésbé toxikus. Az alábbi kórokozók ellen hatásos in vitro: Streptococcusok (B-haemolizáló stb.) Staphylococcusok (koaguláz-pozitív, koaguláz-negatív és penicillináz termelő törzsek), Diplococcus pneumoniae, Neisseria gonorrhoeae, Haemophilus influenzae, Escherichia coli és egyéb coliform baktériumok, Klebsiella, Aerobacter csop., Proteus mirabilis, Salmonellák.

ÖSSZETÉTEL: Kapszulánként 250 mg cefalexinum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Légúti fertőzések: Sinusitis, otitis media, angina follicularis, streptococcus -angina, bronchitis, pneumonia. Húgyúti fertőzések: Akut és krónikus pyelonephritis, urethritis, cystitis, prostatitis, aszimptomatikus bakteriuria. Lágyszövet- és bőrfertőzések: Furunculosis, tályogok, traumatikus és műtét utáni sebfertőzések, phlegmone. Alkalmazható továbbá érzékenységi vizsgálat után A-csoportba tartozó Streptococcustörzsek, Pneumococcus- és Staphylococcus-törzsek (penicillinrezisztens S. törzsek is), valamint H. influenzae, E. coli és Klebsiella által okozott egyéb fertőzések esetén is. A Pseudomonas aeruginosa a készítménnyel szemben rezisztens.

ELLENJAVALLATOK: Cefalosporin antibiotikumok iránti túlérzékenység.

ADAGOLÁS: Felnőttek átlagos adagja húgyúti fertőzésben 6 óránként 1 kapszula, egyéb vagy súlyosabb esetekben 4x2—4 kapszula naponta. Gyermekek szo-

kásos napi adagja 25—50 mg/testsúlykg, négy részletben. Csak nagyobb gyermekeknek ajánlott adása, akiknek az egyszeri adag legalább 1 kapszula.

A kezelés időtartama általában 6—14 nap.

MELLÉKHATÁSOK: Túlérzékenységi tünetek, mint urticaria, maculopapulák vagy erythemás bőrkiütések, viszketés, eosinophilia; a szérum-transzamináz értékek kismértékű emelkedése; továbbá hasmenés, hányinger, hányás, hasi fájdalom, emésztési zavar, mely tünetek általában nem teszik szükségessé a kezelés megszakítását.

FIGYELMEZTETÉS: Csak állandó orvosi ellenőrzés mellett alkalmazható. A vérékép, májfunkció és vesefunkció ellenőrzése ajánlatos.

Penicillin-allergia esetén, a penicillin-cefalosporin keresztallergia lehetősége miatt óvatosan (megfigyelés mellett, bőrpróba után) kell alkalmazni. Elégtelen veseműködés esetén óvatosan, állandó megfigyelés és laboratóriumi ellenőrzés mellett adható, és az adagokat megfelelően csökkenteni kell. Tartós alkalmazása rezisztens mikroorganizmusok elszaporodását eredményezheti. A kezelés alatt pozitív Coombs vizsgálati eredmény előfordulhat, továbbá a glukóz kimutatása a vizeletből — Fehling vagy Benedict oldat ill. rézsulfát tabletták alkalmazása esetén — álpozitív reakciót adhat.

CSOMAGOLÁS: 12 db à. 250 mg kapszula

Térités: 16,10 Ft

24 db à. 250 mg kapszula

Térités: 32,20 Ft

MEGJEGYZÉS: ✕✕ Csak vénre adható ki egyszeri alkalommal.

ELŐÁLLÍTÓ:

Chinoi Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt., Budapest

mint az ébrenléti „apnoeozókban”. Miután a koraszülöttekben a légzés centrális irányítása nem tökéletes biológiai értelemben — s ez egyebek között oka a PB-nek is — meg lehet, hogy ez játssza a vezető szerepet az alvás alatti apnoeaban is.

Az ébrenléti apnoeaban alighanem más a helyzet. Itt olyan *másodlagos tényezők* érvényesíthetők hatásukat mint a cardia dysfunctioja, vagy a légszónyálkahártya chemosensitivitása. Kiss Szabó Antal dr.

Bradycardia és a vele kapcsolatos légzésváltozás az újszülöttnél. Smith, M. L., Milner, A. D. (Department of Neonatal Medicine and Surgery, City Hospital, Nottingham): Arch. Dis. Childh. 1981, 56, 645.

A neonatológiai intenzív egységek kiépítésével kényszerűen teret nyert a *műszeres monitorizálás*. Ez sok mindenre kiterjed, egyebek között a szívműködésre és a légzési tevékenységre is. Az apnoe és a kísérő cardiovascularis változásokat már eddig is széleskörűen tanulmányozták a koraszülöttekben, s így tudjuk, hogy — bár szorosan egybetartoznak — adott helyzetben előfordul *bradycardia anélkül*, hogy a gondozó személyzet által is észlelhető légzésváltozás bekövetkezne. Az okokat igyekeztek megkeresni ezúttal a szerzők, vagyis azt, előfordul-e koraszülöttekben a szívműködés megváltozása úgy, hogy közben a légzési tevékenység érintetlen marad?

9 csecsemőben észleltek bradycardiát és 11 alkalommal végeztek összetett vizsgálatot. A csecsemők gestációs kora átlagban 31 hét volt, születési súlya 1,4 kg, kora 8 nap. 45 bradycardiás epizódot figyeltek meg, s ezeket 2–8 percen át kísérték figyelemmel. A ritmusváltozás általában 11 másodpercig tartott, de volt amelyik csak 5 másodpercig, illetve még annál is rövidebb ideig. Találtak azonban olyan EKG-leletet is, amelyen a folyamat több mint 60 másodpercig követhető volt. A leglényegesebb: a bradycardiát minden esetben megelőzte a légzés változása. Ennek három jellegzetes formáját lehetett elkülöníteni: a) prolongált apnoe (11 alkalom), b) testmozgással együtt jelentkező légzésváltozás (22 alkalom) c) egyszerű légzésváltás (12 alkalom).

Bradycardia egyidejű prolongált apnoeal. Ebben a csoportban egyik-másik apnoe tartam feltűnően sokáig elhúzódott a 20–126 másodperc közé eső idővel, s annak ellenére, hogy az apnoe-alarm készülék jelzési ideje a 15. másodpercre volt beállítva, mégis azt tapasztalták, hogy az említett apnoeakat nem jelezte. Ezzel szemben a bradycardia az EKG papíron mindig jól megfigyelhető volt. Mindenesetre a vizsgáltak többségében az apnoe tartama alatt futtatott papíron — az igen enyhe lég-

zőmozgásra jellemző finom csipkék kivehetőek voltak.

Bradycardia testmozgással együtt. Ebben a változatban a bradycardiával együtt kifejezett testi mozgás is észlelhető volt, s ez rendszerint az arcon, a szemén és az ajkakon mutatkozott. Többnyire a gyors szemmozgás (REM) alvás idején lehetett megfigyelni. Általában nagyhullámú légzés jelezte és követte a testi megmozdulást, amely néhány esetben tartós apnoeaba ment át, de — és ezt újra csak ki kell emelni — az apnoe készülék ezúttal is néma maradt.

Bradycardia a légzés egyszerű megváltozásával. Itt a bradycardia korán csatlakozott a légzés valamilyen szintű megváltozásához, s általában 2–12 másodperc múlva követte azt. Amint a bradycardia megjelent, nem sokkal ezt követően a légzési tevékenység fokozatosan visszatért a normális rendbe. Ezután a bradycardia is oldódni kezdett és 2–4 másodperc alatt rendeződött.

Az adatok tehát azt bizonyítják, hogy a szívritmus csökkenése és a légzés rendjében bekövetkező változás *együtt jár*. Az újszülött egységben apólt és pontosan megfigyelt csecsemőn néha észlelhető, hogy szokatlanul és indokolatlanul izgatott lesz. Kitűnt, hogy ez azért következik be, mert abban a percben éppen *bradycardiás epizód lepi meg*, a légzési ritmus jelző monitorral regisztrálható változása nélkül. Kétségtelen, hogy ezek az epizódok általában rövidek és spontán rendeződnek, a szívműködés-monitoron azonban ott marad a nyoma. A bradycardia ilyen esetekben valójában mindig a súlyos respirációs zavar *hírnöke*, s a fenyegető veszély abban van, hogy az apnoe-alarm készülék néma marad. Mindennek az a magyarázata, hogy amennyiben a légzésváltozás-hoz bradycardia társul, ez következményesen megnöveli a *verőterefogatot*. Az ilyen szívritmus már jelzést adhat az apnoe monitorra éppen úgy, mint egy felületes légzőmozdulat; ez „megcsalja” a készüléket, s az a légzés kimaradását nem érzékeli. Olykor még az említett apnoe alatti igen gyenge *légzés-„utánzat”* is hasonló hatással van az érzékeny készülékre.

Végeredményben tehát bradycardia nem fordul elő a légzés megváltozása nélkül. Éppen ezért az említett monitor jelzés kimaradás változását is *egyidejűleg regisztrálnánk*; ebből következtetni lehetne a légzést fenyegető közvetlen veszélyre. Másfelől viszont az is igaz, hogy a jelenleginél jóval pontosabb és megbízhatóbb készülékekre — szelektíve érzékenyebbekre — volna szükség a légzőmozgások érzékelésére,

Kiss Szabó Antal dr.

A csecsemők gastroesophagealis refluxa és a légzésmegállás kapcsolata. Walsh, J. K. és mtsai (University of Cincinnati and Children's Hospital Medical Centers): J. Pediatrics, 1981, 99, 197.

A légzésmegállás típusát, frekvenciáját és gastroesophagealis reflux (GER) időbeli viszonyát vizsgálták a szerzők. 14 csecsemő megfigyelési adatait (intraesophagealis pH változás, EEG, elektrooculogramm, EKG, respiratorikus légáramlás, magatartásváltozás) közlik, akiknél abnormális GER szám és elhúzódó légzésmegállás szerepel az anamnézisben.

E tanulmány szerint, az előzően megjelentekkel ellentétben, a fenti események előfordulása csecsemőkorban nem feltétlenül jelenti azok oki összefüggését.

A szerzők felvetik annak a lehetőségét, hogy a GER és az elhúzódó apnoe egy általánosabb fejlődési elmaradásnak a manifesztációi.

Ruszkó Viktória dr.

A cerebrális tomodensitometria értéke asphyxiában született csecsemőknél. Gérard, P. és mtsai (Clinique Notre-Dame, Service Néonatal, 3, Grand-Rue B 6000 Charleroi, Belgique): Arch. Fr. Pédiatr. 1981, 38, 591.

Számos klinikai és experimentális tanulmány megállapította, hogy az utero-foeto-placenteris egység gázcsere és hemodinamiai zavarai központi idegrendszeri léziókat vonhatnak maguk után, amelyek a későbbi életkorban neuro-psycho-motoros következményekkel járnak.

A klinikai, biológiai, a klasszikus anatómo-patológiai adatok mellett több paraklinikai vizsgálatot: elektroencephalographia, ultrasonographia, radiológiai vizsgálat stb., ajánlottak az újszülöttkori asphyxia következményeinek a felmérésére. Eddig kevés beszámoló ismeretes a cerebrális tomodensitometria (c. t. d. m.) értékéről az ilyen állapotokban, ezért is tartják érdemesnek a szerzők, hogy 27 újszülöttkori asphyxiában szenvedett gyermek adatait ismertessék, akiknél a c. t. d. m.-t, a további élet folyamán is, ismételt elvégezték.

A szerzők ismertetik a gyermekek legfontosabb adatait: a gestációs kort, a születési súlyt, a születési körülményeket, az asphyxia fokát, az 5 perces Apgar szerint értékelve, a pH értékeket, a születés után jelentkezett neurológiai zavarokat, tudatzavart. A c. t. d. m.-t az orbito-meatalis és a koponyalap-vertex síkjában végezték, 4–4 felvételt készítve. Ezek egy részét, a klinikai adatok és a lefolyás ismertetésével be is mutatják, kommentálva a felvételeken láthatókat. Több esetben a vizsgálatot 8 hónapos korban is sikerült elvégezni.

A szerzők eredményeik ismertetésével, tapasztalataikat összegezve megállapítják, hogy az eljárás segítségével fel lehet ismerni az asphyxiában szerepet játszó cerebrális vérzést, oedemát, ischémiát, atrófiát, azok lokalizációját a hypodensitás révén, de csak hosszabb távon megismételt c. t. d. m. segítségével lehet prognosztikai következtetéseket levonni. Az eljárásnak korlátot szab az amúgy is megviselt asphyxiás gyermekeknek a vizsgálóterembe való szállítása s az agy — főleg ismétléskor — nem elhanyagolható irradációjára. Ezzel szemben lehetővé teszi a cerebrális odema (hypodensitás, a ventrikulusok kollapszusa) korai felismerését. Nehezebb az értékelése a hemiszfériumokban szétszórtan jelentkező hypodensitásoknak, annál is inkább, mert idő előtt született gyermekeknek ezek periventrikulárisan — myelinisatio hiánya miatt — fiziológiásnak tekinthetők, éretteknél ugyanez ischaemiára utal. Ezek nagyobb kiterjedése esetén atrófia, pseudoporencephalia, leukomalacia a következmény. Tanulmányukban bizonyos korrelációt találtak az újszülöttkorban a neurológiai zavarok és a c. t. d. m. anomáliái között. Hangsúlyozzák azonban, hogy a neuro-radiológiai patológiák kép hiánya nem feltétlenül jelent jó prognózist.

Kövér Béla dr.

A tomodensitometria értéke a gyermekkori neuroblastomák kiterjedésének felismerésében. Couanet, D. és mtsai (Service de Pédiatrie et Service de Radiodiagnostic, Institut Gustave-Roussy, Villejuif): Arch. Fr. Pédiatr. 1981, 38, 315.

Az echotomographia és a tomodensitometria (t. d. m.) alkalmazása újabban haladást hozott a gyermekkori abdominalis tumorok tanulmányozásában. A szerzők neuroblastomás (n. b.) betegek adatainak retrospektív kiértékelésével igyekeztek feltárni a t. d. m. értékét. Két problémára kerestek választ: 1. mi a diagnosztikus értéke, még a hasi tumor megjelenése előtt; 2. mennyire ad választ a primer tumor kiterjedésének mértékére és az esetleges áttéti szórásokra? Felmerül az a kérdés is, hogy ezzel a módszerrel ellenőrizni lehet-e az operált gyermekek klinikai remisszióját és korán ki lehet-e szűrni a primer tumor recidíváját?

A szerzők 37 n. b.-s gyermek — koruk 3 hónap és 17 év között változott — dossziéit tanulmányozták. Valamennyi esetben már kezdetben több t. d. m.-ás vizsgálatot végeztek, ugyanígy a preoperatív stádiumban, a kemoterápiára bekövetkezett reduktív állapotban, majd a kezelés befejeztével, egy bizonyos idő után, a recidiva kizűrésére. A vizsgálatokat a Pfizer-féle Acta 200 FS készülékkel végezték, a mérési idő 20 sec., a réteg

vastagság 13 mm volt. Részletezik a beteg előkészítését, a felhasznált kontraszt anyagot.

A betegek közül 14 gyermek került műtetre. Összehasonlítva a t. d. m. leleteit a műtėti eredményekkel s a hagyományos radiológiai vizsgálatok leleteivel, az esetleges elvégzett lymphographia értékelésével, megállapítják, hogy a t. d. m. eredménye szerény, hiszen a vizet biológiai vizsgálatával az esetek 95%-a diagnosztizálható. Jó szolgálatot tesz azonban az egyéb vizsgálatokkal — szokványos radiológiai, echotomographia — felderíthetetlen, non-secretáló tumorok felismerésében. Ilyen esetekben a vizsgálat egyenértékű a lymphographiával. A tumor operabilitásának megítélésében a hibás értékelés 33%-os volt.

Végkövetkeztetésükben két lényeges pontra mutatnak rá: 1. a preoperatív helyzet felmérésében a t. d. m. alapvető fontosságú, tájékoztat a sebészi kiirtás lehetőségéről; 2. a primer tumor lokális klinikai, vagy biológiai recidívája gyanúja esetén a radio-echotomographiás vizsgálatot t. d. m.-val kell kiegészíteni.

Kövér Béla dr.

Cerebrális tomodensitometria gyermekkori marantikus állapotban. Monnet, P., Robin M., Floret, D. (Clinique Médicale Infantile et de Radiologie, Hôpital Edouard-Herriot, Lyon Cedex 2): Arch. Fr. Pédiatr. 1981, 38, 613.

Hiányosan táplált csecsemőknel a cerebrális retardáció jól ismert. A szerzők egy krónikus hasmenés miatt súlyosan marantikussá vált 13 hónapos csecsemőről számolnak be, akinél a javulás kezdetén és 8 hónappal később cerebrális tomodensitometriát (c. t. d. m.) végeztek, egy EMI CT 5005 scanner segítségével.

A szerzők részletesen leírják a csecsemő anamnézisé, a klinikai és laboratóriumi leleteket, az alkalmazott kezelést és a betegség lefolyását. A súlyos állapot elindításáért Salmonella manhattani fertőzés volt a felelős. Az elvégzett EEG meglapított cerebrális aktivitást mutatott. A liquor elemzés negatívnak bizonyult. A javulás előtt a csecsemőnél a c. t. d. m.-val nagyon kifejezett cerebrális atrófia volt észlelhető a kortikális barázdák kiszélesedésével és a kamrák tágulással. Ezt egy ábra is mutatja, amit a klinikai felvétel után 10 nappal készítettek. A 10 hónappal későbbi felvétel a már gyógyult gyermeknél normális képet mutatott, a kortikális és szubkortikális atrófia, a kamrák dilatációja megszűnt.

A szerzők megállapítják, hogy mivel a c. t. d. m.-val kimutatott atrófia reverzibilisnek bizonyult, azt csak a myelinhiány veszteség okozhatta. Az ismételt c. t. d. m. segítséget nyújthat a hiányosan

táplált gyermekek mentális állapotának jobb megismeréséhez és felméréséhez.

Kövér Béla dr.

Anyatejes táplálásban részesülő csecsemők vas ellátottsága. Owen, G. M. és mtsai (Clinical Nutrition Laboratory, University of New Mexico): J. Pediatr. 1981, 99, 237.

A szerzők az anyatejes táplálásban részesülő csecsemők vas ellátását vizsgálták. 90 egészséges újszülöttet vontak be tanulmányukba. A csecsemők felét egy hónapos kortól napi 10 mg/die Fe kiegészítésben részesítették, a csoport másik fele Fe kiegészítést nem kapott. Öt alkalommal, 10–30 órával a szülés követően, 3 hónapos, 6, 9, 12 hónapos korban határozták meg a vér Hb, RBC, MCV, MCHV, MCH tartalmát, a serum Fe, ferritin, transferrin, TIBC szintjét sarokból vett vénás vérből.

10–30 órával a szülés után, illetve 3 hónapos korban nem volt szignifikáns különbség a két csoport között az említett paramétereket illetően. 6 hónapos korban a Fe kiegészítést kapó csoportban szignifikánsan magasabb ferritin és alacsonyabb TIBC szinteket mértek, ugyanakkor a Hb koncentrációt illetően nem találtak szignifikáns különbséget a két csoport között. A szerzők más tanulmányokra hivatkozva megállapítják, hogy a szervezet összvastartalmáról a plasma ferritin szint adja a legpontosabb információt. Összefoglalva megállapítják, hogy az anyatejes táplálás önmagában nem biztosít megfelelő vasszintet.

Niederland Tamás dr.

Psychiatria

Pszichoterápiás elméletek — és alkotói élete. Dolliver, R. H. (306 Parker Hall, University of Missouri, Columbia, MO 65211, USA): Journal of Contemporary Psychotherapy, 1981, 12, 53.

A különféle személyiség- és pszichoterápia-elméletek alkotóinak személyes élete, élményei, gyakran megoldatlan problémái áttételesen, sokszor szimbolikus formában és általában rejtett módon szerepet játszanak azoknak a központi koncepcióknak a meghatározásában, amelyek köré az elmélet felépül.

Abban, hogy Freud eljutott az ödipális konfliktus kidolgozásához, szerepet játszhatott édesanyjához fűződő szoros kapcsolata, édesapjával való ambivalens viszonya. Albert Ellis egyik írásában félárvának nevezi magát, akit édesanyja elhanyagolt, édesapja pedig csaknem mindig távol volt a családtól, akinek így nemcsak magáról, hanem testvéreiről is gondoskodnia kellett.

Rogers szüleit gyanakvó embereknek írja le, akik gyorsan alkotnak általában negatív véleményt az emberekről. Elméletében a szülői attitűdöt ellenkezőjére fordítja, amikor a feltétel nélküli elfogadást és bizalmat, és azt hangsúlyozza, hogy az emberi lélek mélyén jó lakozik, felszínre kerüléséhez csak megfelelő légkört kell biztosítani. Sem szülei nem oszthatta meg gondolatait és érzéseit, sem serdülőkorában nem volt közeli barátja; „... az a megközelítés, amit a terápiában kifejlesztettem, pontosan az a segítség, amit magam is szerettem volna” — írja.

Sullivan, az interperszonális elmélet kidolgozója egyedüli gyermekként egy farmon nőtt fel, mozgalmasság szakmai élete ellenére mindvégig magányos ember maradt.

Berne tranzakcionális elmélete sokat foglalkozik az intimítással, azaz inkább annak hiányával, negatív oldalával. Személyes életében is nehézségei voltak intim kapcsolatok teremtésével, így pl. csak rövid életű szerelmi kapcsolatai voltak.

Erik Erikson, az identitás-krisis leírója számos ilyen fajta élményen esett keresztül élete során. Édesanyja újra férjhez ment, de ezt titokban tartotta fia előtt, aki felnőtt koráig mostohaapja nevét (Homburger) viselte, majd megváltotta nevét: „Erik-son”. Egyéb-ként dán szülőktől Németországban született, és németnek tartotta magát. Német osztálytársai zsidónak hitték és kiközösítették, ugyanakkor fiatalabb mostohatestvérei kereszténynek tartották.

Az említett néhány kiemelkedő teoretikusan kívül a szerző további példákon keresztül illusztrálja a pszichoterapeuták által bevezetett koncepciók sajátélmény háttérét. Családi körülmények, személyes kapcsolatok, konkrét élethelyzetek, egyes, a terapeuta gondolkodására nagy hatást gyakorló páciensek szerepét vizsgálja annak demonstrálására, hogy már csak azért is nehezen képzelhető el egy univerzális, minden helyzetre alkalmazható teória, mert mindegyikben benne rejlik megalkotója partikuláris, csak rá jellemző világa.

(Ref.: Mindehhez — *mutatis mutandis* — annyit tehetnénk hozzá, hogy az, hogy alternatív megközelítések, elméletek közül melyiket választjuk magunkénak, melyik irányzatban „hiszünk”, minden bizonnyal nem kizárólag racionális megfontolások eredménye, talán ebben is szerepet játszhatnak efféle „szubjektív” tényezők. Ezen pedig néha érdemes elgondolkodnunk...)

Telkes József dr.

A családtörténeti módszer értéke a pszichiátriai betegségek megállapításában. Thompson, W. D. és mtsai (Department of Epidemiology and Public Health, Yale University School of Medicine, Box 3333, New Haven, CT 06510, USA): Archives of General Psychiatry, 1982, 39, 53.

A pszichiátriai betegségek genetikus eredetére vonatkozó kutatások kétféle interjú-módszert alkalmaznak a vizsgált személy rokonainak pszichiátriai állapotának megítélésére. Az egyik lehetőség az, hogy közvetlen interjúval vizsgálják a családtagokat (family study method), a másik, hogy a család elérhető tagjaitól kérnek információt az egyes családtagoknál tapasztalt rendellenességekre vonatkozóan (family history method). Jóllehet az előbbi módszert érdemes előnyben részesíteni, az indirekt eljárás gyakran elkerülhetetlen, ha az illető családtag nem elérhető (pl. előző generációk elhalt tagjai), vagy nem hajlandó a közvetlen vizsgálatban részt venni.

A szerzők egy affektív betegségre vonatkozó genetikai vizsgálatban résztvevő 696 személyen végeztek módszertani szempontból fontos vizsgálatukat annak megállapítására, hogy mennyire megbízható a családtörténeti módszer a családtagok pszichiátriai betegségek megállapításában. Közvetlen tesztvizsgálat eredményeit, valamint a közvetett, a hozzátartozóktól kapott adatokat vetették egybe. Ha alapján a direkt interjú alapján kialakított diagnózist tekintjük, az eredmények azt mutatják, hogy a családtörténeti módszer *specifitása* nagy, azaz ritkán fordul elő, hogy a rokonok által betegnek tartott családtagról kiderül, hogy egészséges, de *szenzitivitása* általában alacsony, a különböző diagnosztikus kategóriáktól függően 0–70% között mozgott (ilyen irányban tartották betegnek a családtagok a direkt interjú alapján valamelyik diagnosztikus kategóriába sorolt személyeket). A súlyos depresszió és az alkoholizmus viszonylag megbízhatóan azonosítható indirekt módszerrel, sokkal kevésbé érzékenyek a családtagok egyéb személységzavarokra, szorongásos, fóbias zavarokra, gyógyszerfüggőségre. Mint várható, minél közelebbi, vagy a beteggel minél több időt együtt töltő rokonoktól érdeklődünk, annál valószínűbb, hogy pozitív adatokat kapunk az érintett hozzátartozókról. Lényegesen nem javította az érzékenységet, ha több forrásból szerezték információt; ennek az oka valószínűleg az, hogy az egyes hozzátartozók nagyon hasonló „észlelési hibák” áldozatai, amikor nem észlelik a betegséget.

Mindezek az eredmények arra figyelmeztetnek, hogy nagy óvatossággal kell értékelni a családtörténeti módszerrel végzett genetikai családvizsgálatok eredményeit, ezzel ugyanis általában kevesebb be-

tegséget találunk a rokonok között, mintha direkt vizsgálatnál élnénk. További következtetés, hogy amikor csak lehetséges, direkt vizsgálatot kell alkalmazni, ha pedig ez nem lehetséges, az indirekt módszer okozta torzítást (téves negatív eredményeket) figyelembe kell venni az értékelésnél.

(Ref.: Nem csupán a genetikai kutatások módszertani problémái miatt láttam indokoltnak a közlemény ismertetését, hanem azért is, mert az ilyen — és a többi hasonló — vizsgálatok rámutatnak a mindennapi gyakorlatban hagyományosan alkalmazott „családi anamnézis” felvételének inherens korlátaira is, nem beszélve azokról a láthatatlan és a családtagok számára tudatlanul családánamikai tényezőkről, amelyek megszabják, hogy kit, milyen mértékben és milyen módon minősítenek betegnek vagy egészségesnek az egyes családtagok.)

Telkes József dr.

Az egyéni és csoportpszichoterápia kombinációja 1965–1978. Porter, K. (St. Luke's Hospital Center New York, N. Y.): Int. J. of Group Psychother. 1980, 30, 107.

Az egyéni és a csoportpszichoterápia az irodalom tanúsága szerint egyre gyakrabban kerül alkalmazásra együtt és egymással különféle kombinációban. A szerző áttekinti az irodalmat 1965-től, eddig ugyanis egy 1964-es szimpozionon feldolgozták a kérdés mintegy 50 publikációt tartalmazó irodalmát. A kérdés egyre nagyobb jelentőségre tesz szert, ezért érdemes az újabb megállapításokat összegezni.

A szerző elsősorban az együttes alkalmazás két fő formájával foglalkozik: az azonos és a különböző terapeuták által egyidejűleg vezetett terápiás megoldásokéval. Az irodalom az első megoldást részesíti előnyben, és ezt nevezik tulajdonképpen kombinált terápiának, míg a másik kapcsolódó (conjoint)-társuló terapia csak speciális stratégiai megfontolásokból kerül általában alkalmazásra. Ilyet tapasztalt Kaplan elhízott nők csoportterápiájában, ahol a csoportpszichoterápia megelőzte az egyébkénti nehezen megoldható regressziót az egyéni terápiában, illetve kezelhetőbbé tette. Singer viszont adolezcenseknél kifejezetten kontraindikálnak találja. Roth és Stiglitz hasznosan alkalmazta ezt a módszert pszichotikus és borderline esetekben, ahol az indulattételt hasadt megjelenése az esetek kezelhetőségét eredményezte. Argelander rigid karakter torzulásokba épült elhárító mechanizmusok kezelésénél tapasztalta hasznosnak.

A kombinált terápiát egyre gyakrabban használják olyan esetekben, ahol intenzív pszichoterápiás hatást kell elérni. Bieber azt tanácsolja, hogy először az egyéni

pszichoterápia kezdődjön meg, és csak miután az már jelentős előrehaladást ért el, azt követően kezdődjék a csoport is. Szerinte ez az indultattétel helyzet, az ellenállás kezelésében azáltal is speciális segítséget jelent, hogy az „acting out” terápiás formáját lehet vele elérni. Elsősorban karakterzavarok, borderline állapotok, narcisztikus állapotok kezelésénél legeredményesebb alkalmazásuk.

A két terápiás formát egyenrangú terápiás modalitásnak kell tekintenünk, mely az integrált terápiás terv részeit képezi. A terápiás formák kombinálásának kellő elméleti kidolgozása azonban csak a kezdetén tart.

Süle Ferenc dr.

A képmagnó és visszajátzás hatása bennfekvő serdülőkorrúak csoportjára. Weber, L. A. (Univ. of Virginia, Charlottesville, Va.): Int. J. Group Psychother. 1980, 30, 213.

A serdülők bennfekvő kórházi kezelése több sajátossággal rendelkezik lélektanilag, mely kevésbé tanulmányozott téma. Nem gyerekek már és még nem felnőttek, társadalmi beilleszkedésük sok problémát jelent, a korszakporttal való kapcsolat kiemelkedő szerepű ebben a korban.

A szerző azt vizsgálta, hogy a képmagnófelvétel és visszajátzás a csoportterápia lélektani klímájára milyen hatással van. Három paramétert vizsgáltak: az érzelmi melegség, az ellenségeségek érzés, és a menekülési szorongó állapot kifejezésének változását. Vizsgálatuk alapján úgy találták, hogy az emocionális melegség megjelenése és kifejeződése szignifikáns módon fokozódott, a menekülési érzés megjelenése csökkent. Az ellenséges emóciók megnyilvánulásában lényeges változás nem volt tapasztalható. A csoport kohézió kifejlődését is előnyösen segítette a felvétel és visszajátzás.

A szerző elemzi a serdülők psychodinamikáját és a képmagnó-felvétel problémáit, de csak érintőlegesen módon.

Süle Ferenc dr.

A narcisztikus személyiség szerveződés és a „reparatív” vezető. Volkan, V. D. (University of Virginia): Int. J. Group Psychother. 1980, 30, 131.

A szerző a narcisztikus személyiségek sajátosságaival foglalkozik a társadalmi-politikai életben és a csoport-pszichoterápiás helyzetben — mint csoportvezető. Az ilyen személyekre jellemző, hogy környezetükkel alapvetően nem sokat törődnek, csak annyiban, amennyiben csodálatukat meg tudják szerezni. Belsőleg grandiózus énképpel rendelkeznek és az ennek fenntartásához szükséges külső elismerés megszerzése alapvető törekvésük. A pszichoanalitikus ma-

gyarázat szerint a belsővé vált (internalizált) tárgykapcsolatok (ez alatt a kisgyermekkor releváns személyekkel, elsősorban az anyával való kapcsolatot értjük) fejlődése a döntő a személyiség ilyen irányú alakulásában. Az ilyen emberek úgy érzik, különleges adottságaik vannak, és külsőleg is nagyon vonzóak, saját kívánságaik, akaratuk érvényesítésére átlag feletti joguk van. A személyiség szerkezet mélyebb rétegeit kibebrendülési érzés és külső személyiségektől való túlzott függés jellemzi. Fantáziáikban az omnipotens, dicsőséges egyedülállót kapcsolatos elemek gyakorolnak.

Az ilyen betegek vagy betegség-tudattal nem rendelkező személyek analitikus terápiája nehéz, mert szinte mást nem is várnak a terapeutától, minthogy csodálja az ajkakat elhagyó értékes mondásokat, melyekkel mintegy megajándékozzák őt. Az elemzések azt mutatják, hogy az ilyen emberek anyja rendszerint hideg természetű, aki nem adott elég melegséget, és érzelmileg kiéhezett állapotban mintegy sorvasztotta gyermeke lelki fejlődését. A későbbiek során azonban rendszeresen valami speciális különlegességet fedez fel benne és ezen keresztül megkülönböztetett, kiemelkedő státust kap a gyerek a családi helyzetben belül. Az egyén fejlődésében így az önértékelési traumához és ennek elfojtásához, majd kompenzálásához jelentős külső megerősítés társul, éppen a számára legjelentősebb személy részéről.

A szerző ezután a szociális csoportban való szerepalakulás kérdését vizsgálja és ennek két formáját különbözteti el: a konstruktív vagy reparatív és a destruktív formát. Főként az első formával foglalkozik, és azt a nagy török nemzeti hős, Kemal Atatürk életútjának pszichoanalitikus elemzésével világítja meg. Külön kiemeli az egyén és a szociális környezetben kialakuló elvárások, a társadalmi szükségesszerűségek, valamint a kérdéses személy közvetlen környezetébe kerülők elvárásainak szociálpszichológiai illeszkedését.

Narcisztikus személyiség szerkezetű egyének pszichoterapeuták közé is kerülhetnek. Az ilyenek mint csoportvezetők a szerző megfigyelései szerint saját narcisztikus igényeik kielégítésére használják fel a csoportot tudattalanul. Míg a társadalmi helyzetben több lehetőség van a narcisztikus személyek kreatív beilleszkedésére, addig a pszichoterápiában erre sokkal kevesebb. Véleménye szerint a képzés során leghelyesebb az ilyen személyeket a pszichoterápiától elirányítani, mert igen sok és beláthatatlan bonyodalmat okoznak, melyek kezelteik ártalmára lesznek.

(Ref.: E szempontot a hazai pszichoterapeuta-képzésben is hasznos lenne figyelembe venni. A szerző elemzi, hogy egy narcisztikus terapeuta mint kiképző, mi-

ként hoz létre saját személyiségéhez hasonló átalakulást a nála kiképzésen levőknél.)

Süle Ferenc dr.

Az elmebetegségről kialakult sztereotípiák. A címkézési hipotézis ellenőrzése. Jones, L., Cochrane, R. (Psychology Department, The University of Birmingham, Birmingham B15 2TT, England): The International Journal of Social Psychiatry, 1981, 27, 99.

A pszichiátriával szembeni kritikai irányzatok közül a hatvanas években és a hetvenes évek elején nagy befolyásra tett szert az ún. címkézési (labelling) elmélet, amely vitatta a pszichiátriai betegségek entitászerű létezését, inkább azt hangsúlyozta, hogy bizonyos sztereotip elképzelések alapján az átlagtól eltérően viselkedő emberek egy részét a környezet belekényszeríti egy szerepbe, amely szerep e sztereotípiának igyekszik megfelelni. Az elmebetegségek lényege tehát a címkézési, ill. minősítési elmélet szerint nem elsődlegesen a beteg emberben, hanem a környezetben van. A címkézési elmélet sok vitát váltott ki. A szerzők ismertetik e vita egyes álláspontjait, rámutatnak, hogy igen lényeges mozzanat az elmélet szempontjából, van-e sztereotip elképzelés a lakosságban az elmebetegéről. Több szerző szerint ilyen nincs. A szerzők egy 113 főből álló mintán jelzős ellentétpárok (az ún. szemantikus differenciál módszer) segítségével vizsgálták az elmebetegségről alkotott sztereotip elképzeléseket. Találtak sztereotíp az elmebetegéről, ezért úgy vélik, hogy vizsgálatuk inkább igazolja a címkézési hipotézist. Azt találták, hogy a normális nőről és az elmebetegéről kialakult sztereotip sokkal közelebb esik egymáshoz, mint az egészséges és az elmebeteg férfiről kialakult sztereotip. Az egészséges és az elmebeteg nőt a közudat csaknem hasonlóan látja. Ez egybecseng azzal a szociálpszichológiai tapasztalattal, hogy a nők pszichiátriai morbiditása nagyobb, nagyobb számban hospitalizálják őket, nehezebben rehabilitálhatók, és általában könnyebben minősítik őket betegnek. Ez összefügg a nők hátrányos helyzetével a társadalomban. A szerzők tehát vizsgálatukkal a címkézési hipotézist látják alátámasztottnak.

Buda Béla dr.

A kezdő csoport. Copeland, H. (Hackensack Hospital, N. J.): Int. J. Group Psychotherapy 1980, 30, 201.

A pszichoterápiával foglalkozó intézetek krónikus gondja, hogy a nagyszámú jelentkező páciens nem tudják rögtön fogadni, hanem ún. várakozási listára kerülnek, és hosszabb-rövidebb ideig várniuk

kell, míg érdembeli kezelésbe kerülhetnek. A szerző e probléma megoldásához, ill. csökkentéséhez szeretne hozzájárulni tapasztalataival. E betegek részére létrehozta egy ún. kezdő csoportot, melybe egy szociális gondozóval (social worker) való első interjú után kerültek. 3–6 alkalommal vettek részt a betegek e csoportban, amíg várakoztak. (Az elnevezésre a felvételi csoport, vagy a várakozási csoport kifejezést nem találták szerencsésnek.)

Egyéves tapasztalatokról kapunk beszámolót, melynek során 53 beteget kezeltek így. A jelentkező betegek nagy része bekerült ebbe a csoportba, de nem volt kötelező, így egyéb egyéni elrendezések is történtek. A résztvevők nagy része számára hasznos volt e nyitott csoport, mert felkészítette őket a további pszichoterápiára. A főbb hatás a kezdeti csoportdinamikai tényezőkkel volt magyarázható: úgy érezték elfogadták őket, tartoznak valahová, megtanulták panaszait elmondani, a kezdeti szorongásokat legyőzni és azáltal, hogy látták, másnak is vannak hasonló problémái, elszigeteltségük, bizonytalanságérzésük csökkent, egymás számára is támaszt jelentettek érzelmi, élethelyzetük megértéséhez új elgondolásokot kaptak a többiekől. Kevés volt a kimaradó és voltak olyanok is, akik úgy tapasztalták, hogy problémájuk, amivel kezelésre jelentkeztek, annyira javult, hogy további terápiára nincsen szükségük.

Az intézet számára elsősorban az jelentett segítséget, hogy a jelentkezőknek közvetlen segítséget tudott felajánlani, a beteget a kezelésbevitel előtt lényegesen megismerhette, és már szocializáltabb állapotban kerültek a különféle pszichoterápiás kezelésekre. A szerző álláspontja szerint az így lefolytatott kezeléseket rövid pszichoterápiás hatással bírják.

Süle Ferenc dr.

Tüdőgyógyászat

Tüdő-aspergillosis és -aspergiloma ketokonazol-kezelése. Staib, F., S. K. Mishra (Robert Koch Inst., Berlin): Dtsch. med. Wschr. 1982, 107, 782.

Az orális széles spektrumú antimycoticumnak, a ketokonazolnak (Nizoral) bevezetésével felvetődött az a kérdés, vajon mennyire hatékony ez a szer a tüdő- és légutak világszerte állandóan szaporodó aspergillosis fertőzésében. Az erre vonatkozó észlelések száma még igen csekély, hogy megfelelő véleményt lehessen alkotni. A szerzők két tüdő-aspergillosis és négy aspergiloma esetükről számolnak be. A betegeket négy héten át napi 200 mg ketokonazzal kezelték és az eredményeiket gombatenyésztéssel és serologiai vizsgálatokkal ellen-

őrizték. Az egyik allergiás-bronchopulmonalis aspergillosis esetükben és egy aspergillus fumigatus okozta tüdőfolyog esetben a négyhetes napi 200 mg ketokonazol orális kezeléssel a kórokozónak csupán mennyiségi csökkenése volt elérhető, de a sputum negatív tenyésztése nem. Az ugyanígy kezelt négy aspergilloma esetükben ugyancsak változatlan maradt az Aspergillus fumigatus köpettenyésztete. Vizsgálataik alapján azt kérdezik, vajon a nagyobb adagú hatásosabb szöveti és váladék ketokonazol-tükröl nem lenne-e jobb terápiás eredmény elérhető. Ameddig a kérdés nem tisztázott, addig a különösen veszélyeztetett betegcsoportokon (leukaemia), a költségesebb, de bevált kombinációs terápiát (amphotericin-B, flucytosin) kell előnyben részesíteniük.

iff. Pastinszky István dr.

A pyrazinamid gyógyszer-tana, káros mellékhatása és klinikai alkalmazása. Zierski, M. (Giessen D-6300, Markstr. 2): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1981, 35, 1075.

A pyrazinamid (PZA) baktériumellenes hatását 1952-ben fedezték fel. Speciálisan mycobacterium tuberculosis-ellenes hatású. A tbc bacillusok szaporodását csak savanyú közegben akadályozza meg. Ilyen közegben a legalacsonyabb gátló töménysége Löwenstein-Jacobson 25 µg/ml. Folyékony táptalajban 5,6 pH esetén minimális gátló töménysége 5 µg/ml. Amíg az INH, az ethionamid, a cycloserin és az ethambutol a nyugvó szakban levő mycobaktériumokra teljesen hatástalan, addig a PZA az ilyen tbc bacillusok szaporodását 50 µg/ml. töménységben 40 óráig is gátolni képes. Vonatkozik ez az INH-rezisztens tbc törzsekre is. Gátló hatását a baktériumok nucleinsav-anyagcseréjének a megváltoztatásával fejt ki.

A PZA farmakodinamikája még ismeretlen. A gyomor-bél rendszerben szívódik fel és a vesén át ürül ki a szervezetből. A vérében való töménysége a 0,3–3 g-os napi adagtól függően 1–3 óra múlva maximálisan kb. 65 µg/ml, ami 24 óra múlva 5,8–19,3 µg/ml-re csökken. Minimális gátló töménysége 1–2 g adása után 6 órán át 20–25 µg/ml szinten tartható. A PZA az ember valamennyi szervének a sejtfalán áthatol és a sejtekben levő bacillusokra is kifejti gátló hatását. A PZA hypoglycaemiát idézhet elő, a zsírpépőből pedig a zsírsavak kiszabadulását okozhatja, ezért cukorbetegnek való adásakor erre ügyelni kell. Acetyl-, ascorbin-savval, probeniciddel, jódtartalmú kontraszt anyaggal kölcsönhatásban van.

A PZA alkalmazásában eddig 3 korszak volt. Az elsőben, 1952–1960 között előbb egyedül, majd

később kettős-hármas kombinációban adták, de helyes adagolását és mellékhatásait még nem ismerték. A második szakaszban, 1958–1970 között nélkülözhetetlen lett az idült, főleg az INH, a SM és az egyéb gyógyszerre rezisztens tbc gyógyításában. A harmadik szakaszban, 1971–1980 között vezető szerepe lett az INH-val és a RMP-vel együtt a még nem kezelt tbc-sek rövid ideig tartó kezelésében.

A PZA irodalma ma már úgy szólván áttekinthetetlen. Kezdetben az idült tüdőbcs-betegnek 2 hónapig egyedül naponta 3 g PZA-t adtak, amire a klinikai tünetek javultak, a betegek 25–40%-a negatív is lett, azonban a tbc bacillusok PZA-rezisztensek lettek és a további PZA-kezelés eredménytelen volt. Ezt követték azután a különböző kombinációs gyógykezelések. Káros mellékhatást a napi 1,5 g PZA 8%-ban, az INH 2%-ban okozott.

A második dekádában (1955–1970) szabálytalan vagy hibás elsődleges kemoterápiával kezelt idült tbc-sek beteg közt INH, SM és PAS-rezisztens lett. Ha ezeket a betegeket fél évig PZA és ethionamid, további fél évig PZA és cycloserin kombinációval kezelték, 30–70% lett negatív. Ezt a kezelést azonban a betegek rosszul tűrték és abba kellett hagyni. Ezért a PZA-t egy másik szerrel kombinálták.

A hármas: a PZA, az ethambutol és a cycloserin kombinációra 9 hónap múlva még a több gyógyszerre rezisztens tbc bacillusokat őrítő betegek 92,4%-a is negatív lett. Bakteriológiai visszaesést PZA és INH kezelés után 10 év múlva egy kérdéses esetben láttak, PZA és SM kezelés után pedig 16 év múlva egyetlen esetben sem észleltek. PZA-t nem tartalmazó különböző gyógyszerekből álló hármas kombinációval való kezelés után két hónap múlva negatív lett a betegek 35–70%-a. Ez az arány PZA-t is tartalmazó hármas gyógyszerkombinációval való kezelés után 77–79%-ra, négyes kombináció alkalmazása után pedig 87–98%-ra emelkedett. A 6 hónapon át hetenként kétszer adott SM-INH-ethambutol kezelés befejezése után 24–30 hónap múlva a visszaesés aránya 23% volt, ami hetenként kétszer vagy háromszor adott SM-INH-PZA adása után 7, ill. 6%-ra csökkent. Ha ugyanezt az intermitáló kezelést 8 hónapig folytatták, a visszaesés aránya 10, ill. 4 és 1%-ra csökkent. Ez az eredmény a kezelés első 2 hónapjában a PZA sterilizáló hatásának volt köszönhető.

Állatkísérletekben a PZA 1,5–3 g/kg adagban májkárosító hatású volt. Emberben a 4 hónapon át naponta adott 5 mg/kg INH és 50 mg/kg PZA 8%-ban, a 2–4 hónapon át adott 300 mg INH és 40 mg/kg PZA pedig 18%-ban okozott májgyulladás. Ha azonban az INH adagját naponta 3–5 mg/kg-ra, a PZA adagját pedig 25–40 mg/kg-ra csökkentették, a PZA májkárosító

hatása 2, ill. 7% volt. Ezek között sok volt az alkoholisták, az orvosokkal együtt nem működő beteg. Rövid ideig naponta 1,52 g PZA, vagy intermittálva hetenként kétszer-háromszor 2–4 g PZA adása után májkárosító hatást csupán 0,2%-ban észleltek.

A nagy adagban adott PZA néha átmeneti húgsav-visszatartást okozott, ami izületi panaszokkal járt. Egyéb káros mellékhatást: gyomorból zavart, allergiás vagy bőrreakciót, a vérképzőrendszer zavarát, fejlődési rendellenességet, genetikai mutációt, rákot vagy anyagcserezavart nem észleltek.

A PZA adásának a máj és a vese állapotának a folyamatos ellenőrzése esetén ellenjavallata nincs. A PZA napi adagja 10 évnél idősebb gyermekeknek és felnőtteknek 30–35–40 mg/kg, az 50 kg-nál kisebb testsúlyúaknak naponta 1,5 g, az 50–70 kg-osoknak 2 g, az ennél súlyosabbaknak 2,5 g. A 10 éves kor alatt levő gyermekeknek naponta 30–35 mg/kg, azaz kb. 0,5, 0,8, ill. 1,0 g. 3 évnél fiatalabb gyermekeknek, hacsak nem feltétlenül szükséges, ne adjunk PZA-t. Intermittáló kezeléskor az 50 kg súlyúknál könnyebb felnőtteknek hetenként kétszer 3 g, az ennél nagyobb súlyúaknál 4 g. Heti kétszeri intermittáló kezelés esetén ez kb. 50–70 mg/kg-nál felel meg.

(Ref.: A pyrazinamidral foglalkozó 30 oldalas, 23 táblázatot és 214 világirodalmi adatot tartalmazó közleménynek az aránylag hosszú referálása is nehéz feladat volt. Az e téma iránt érdeklődők figyelmét arra hívom fel, hogy ezt a beszámolót az eredeti szövegben olvassák el.)

Pongor Ferenc dr.

A kaverna dinamikája. Schwaabe, E. K. (Medizinische Universitätsklinik, Bonn, Auenbruggerhaus): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1981, 35, 1106.

Graef 1921-ben még azt hangoztatta, hogy a cseresznye nagyságú tbc-s kaverna a beteg halálának a biztos jele. Érthető volt tehát, hogy a belgyógyászok és a sebészek különböző kollapszus és egyéb eljárásokkal a kaverna megsemmisítésére törekedtek. A primer műtéti halálozás ekkor 2–29% volt. A kemoterápia megváltoztatta a kaverna centrális helyzetét: epidemiológiai szempontból a fő cél a pozitív köpet negatívvá tétele lett. 1947 után a csupán bakteriostatisztikus hatású gyógyszerek alkalmazása után egyre nagyobb lett a jelentősége a Koch-negatív maradéküregeknek.

Orłowski írta le 1970-ben a „nyílt-negatív-szindrómát”, amit a rifampicin, az ethambutol és az INH kombináció kísérő jelenségének tartott. Weiss 1975-ben azt közölte, hogy a tbc-s betegek intenzív ápolási ideje egyre rövidebb lett, a betegek járóbetegként folytatták

kezelésüket. A maradéküreg-hordozók azonban nagy kockázatot jelentettek, mert a műtételt eltávolított üregekben 20–50%-ban mikroszkóppal, tenyésztéssel vagy szövettani vizsgálattal aktív tbc-t találtak. Így aztán sok lett a baktérium-recidiva, ami nem is a kavernafal vastagságának, hanem inkább a betegség időtartamának, a helytelenül alkalmazott kemoterápiának és azok adagjának a függvénye volt. Nyilvánvalóan igény merült fel egy optimális kezdeti intenzív kezelésre. Ezzel javult a maradéküregek kórjóslata is, mert ezek az üregek a köpet negatívvá válása után 3 éven belül végleg bezáródtak. Riasztó volt mégis Haegi 1980-beli közlése, amely szerint 1965–1967 években egy tbc-s beteg 86 napi intenzív kezelés után lett negatív és a maradéküreg-hordozók közül csak 0,7%-nak újult ki a tbc-je. Ezzel szemben az 1975–1977 években egy tbc-s beteg 46 napi intenzív kezelés után lett negatív, a 0,3% maradéküreg-hordozó közül 2 évvel a kezelés elkezdése után azonban 2,4% lett ismét aktív tbc-s beteg.

A „nyílt-negatív-szindróma” és a kavernagyógyulás ötfele lehet: nyílt kavernagyógyulás nyitott vezetőhörgővel, kavernaeltűnés nyitott vezetőhörgővel, zárt kavernagyógyulás, a nyílt kavernagyógyulásnak zárt göccs való visszafejlődése (tuberculoma-képződés), végül a kaverna elhegesedése a hörgő záródásával együtt.

A szerzők 1954-től 1979-ig 1263 kavernás tüdőtbc-s beteg kavernájának az alakulását vizsgálták a különböző kombinált kemoterápia hatása után. Megállapították, hogy 817 beteg, 48,65% kavernája záródott. 202 beteg kavernája legalább a kétharmadára, 84 betegé pedig kisebb mértékben, együtt 22,55%-ban jelentősen megkisebbedett. 365 beteg, 28,78% kavernája viszont maradéküreggel „gyógyult”. Amíg azonban 1954–1970 között 6 havi SM, INH és PAS kombináció hatására a maradéküregek aránya 44,64% volt, és a szám 1975 és 1979 között az iv. adott INH-Ga és ethambutol, valamint a szájon át szedett rifampicin hatására 6 hónap múlva 3,7, ill. 1,8%-ra csökkent. Kimutatták azt is, hogy a kavernák nagysága és záródásuk ideje között szoros összefüggés volt. Az egyoldali kavernák átlag 13 hét, a kétoldaliak 14,8 hét, az egyetlen kaverna 11 hét, az egyoldali több kaverna 14,1 hét után záródott kombinált gátlószerek kezelés kapcsán. Az 1200 mm³-nél nagyobb kavernák rendkívül nehezen voltak befolyásolhatók. A primer köpetnegatív kavernák 2 héttel korábban záródtak a primer pozitív kavernáknál. A kavernazáródást emellett még számos egyéb tényező is befolyásolta.

A szerzők a kavernagyógyulás várható idejének a meghatározása céljából egy koordinátarendszert az előszegvény-tengelyen az inté-

zeti és a járóbeteg kezelési idő tartamát, az oldalszegvény-tengelyen pedig a kaverna köbtartalmát tüntették fel. A kavernák alakulásának a grafikonjain az alkalmazott kemoterápiától és a kavernák kezdeti nagyságától függetlenül a köpetnek legalább 3 tenyésztéssel is negatívvá válásának a figyelembevételével ötfele kaverna alakulásra voltak tekintettel: a gyorsan, a lassan záródó kavernákra, az olyan „nyílt-negatív-szindrómára”, amelyet a kaverna további kisebbedése, illetve záródása követett, az olyan „nyílt-negatív-szindrómára”, amelyben a kaverna átmenetileg hol kisebb, hol nagyobb lett, (fel-fújódó mechanizmus), végül az olyan „nyílt-negatív-szindrómára”, amelyben a kaverna nem záródott és baktérium-recidiva alakult ki. Ezeknek a tényezőknek a figyelembevételével egy olyan matematikai képletet szerkesztettek, amivel a kaverna záródásának az ideje a tomogramokon megközelítően nagyon pontosan megállapítható volt.

Pongor Ferenc dr.

A gyengén működő légzőpumpa.

Roussos, Ch. (Meakins Christie Laboratories, McGill University Clinic, Royal Victoria Hospital): Lung, 1982, 160, 89.

A légutélétlenség lehet a vérben nem fokozott szén-dioxid-tartalmú és lehet fokozott szén-dioxid-tartalmú. Ennek oka a mellkasban keresendő. Származhatik a tüdő és a légutak fokozott ellenálló erejéből: a légutászakületből, a mellkas hibájából származó csökkent hajtóerőből, vagy az ideg és izomrendszer hibájából. A szerző jelen munkájában a légzőrendszer csökkent hajtóereje okozta gyengén működő légzőpumpa keletkezésével foglalkozik. Ez a működészavar összefüggésben lehet a légzőközpont, vagy a mellkas hosszú láncú eseményeivel. A légzőpumpa gyengeségét okozhatja az is, hogy az agy nem küld elegendő hajtóerőt a légzőizmok összehúzódnakhoz. Zavar keletkezhetik ennek a hajtóerőnek a továbbításában, az ideg-izom kapcsolatában is. Csökkenhet a légzőizmok mennyisége is. Bajt okozhat a mellkas vagy a mellkasfal geometriája, károsodása, végül egyes gyógyszerek sejtmergezőse is. A beléző izmok gyengülését elősegítő tényezők: a vér oxigéntartalma, a vérkeringés, a légzőizmok táplálása, a megelőző terhelés, a vérben levő anyagok töménysége, az a képesség, ami a légzőizmok összehúzódnakhoz szükséges anyagokat a vérből kivonja, a légzés munkája, a légzőrendszer hatékonysága és ereje, a belső milió változása, acidózis, hisztokémiai alkalmazkodás és egyes gyógyszerek hatása.

A légzőpumpa gyengeségének a mérésére alkalmas a mellúri-, a szájjában levő vagy a transzdiaphrag-

matikus nyomás meghatározása, a rekesz- és a bordaközi légzőizmok elektromyographiás vizsgálata. A gyengén működő légzőpumpa klinikai jele: békult rekeszizom esetén belégzéskor főleg háton fekvéskor a has nem ki-, hanem befelé húzódása. A gyengén működő légzőpumpa gyógykezelése tornagyakorlattal, gépi lélegeztetéssel, tüdővízenyő esetén hörgőtágító szerekkel, catecholaminokkal és aminophyllinnel kísérhető meg. Valószínűnek tartja, hogy a gyengén működő légzőpumpa a légzőizmok és a központi idegrendszer között olyan reakciósorozat következménye, ami végül is légútelégtelenséghez vezet.

Pongor Ferenc dr.

A tüdő szerkezetének és működésének kapcsolata. Berend, N. (Department of Medicine, National Jewish Hospital, 3800 East Colfax Avenue, Denver, CO 80206, USA): Lung, 1982, 160, 115.

A tüdő szerkezetének és működésének a kapcsolata a tüdőfunkciós próbákkal közelíthető meg. Először is ezek a próbák felvilágosítást adhatnak a tüdő betegségének a kezdetéről, terjedéséről és javulásáról. Másodszor pedig nem invazív technikával kimutatható lehet velük a tüdő kórbetoneti folyamata. A beteg halála és boncolása után aránylag hosszú idő telik el az élő tüdő működése és a szövettani lelet között. A szövettani kép csak a betegség végső szakaszát rögzíti, amit a tüdő egyéb káros elváltozása, pl. tüdőgyulladás vagy vérbőség zavarhat. Ez főleg a fiatal, nem tüdőbetegségben meghaltakban gyakori, de a leukémia vagy a rosszindulatú daganat is befolyásolhatja a szövettani leletet. A műtéttel eltávolított lebeny vagy tüdő légzésfunkciós vizsgálata segíthet ezen a feladaton. A rezekció módosítja a tüdő betegségét, az eltávolított tüdő szövettani lelete vonatkoztatható az egész tüdőre és így kapcsolatba hozható a tüdő működése a szövettani szerkezetével. Alkalmask erre a célra az állatkísérletek is. A szerzők jelen munkájukban három betegséget: az idiopathiás tüdő-fibrosist, a tüdőtágulat és a kislégutak szerkezet-működés kapcsolatával foglalkoznak.

Az idiopathiás tüdő-fibrosist a tüdőfunkciónak kettős jelentősége van: kimutatja az intersticiális folyamatot, továbbá rámutat ennek a betegségnek arra a stádiumára, ami a szteroid vagy az egyéb kezelés szükségességét jelzi. Megállapították, hogy a fibrosist tüdőben a desoxy-ribonucleinsav mennyisége meghatározószorozódik, a collagen-töménység azonban változatlan marad. Tüdő-fibrosist esetén számos változást észleltek a tüdő funkciójában: a belégzési nyomástérfogató, a diffúziókapacitás felfelé áramló ellenállása csökkent, a ventilatio-

perfusio romlása miatt másodlagosan artériás hypoxaemia keletkezett, ami a betegség kezdetén a társult bronchiolitis következménye volt. Ezek az adatok azonban később nem bizonyultak valósnak. Ismeretes, hogy az ember tüdejében a bőr- vagy a heredaganat 500 egységnél nagyobb bleomycin adaggal vagy röntgenbesugárással való kezelésekor tüdő-fibrosist keletkezik. Ennek kapcsán a mellüri nyomástérfogató görbe ugyanúgy alakul, mint egyéb tüdő-fibrosistban. A szén-monoxid diffúziókapacitás is párhuzamosan változik a bleomycin adagjának megfelelően.

A tüdőtágulat esetén a tüdőfunkció mérésére eddig főleg három eljárást: a maximális kilégzési áramlás, a nyomástérfogató görbe alakulását és a szén-monoxid diffúziókapacitás meghatározását alkalmazták. Mind a három próba erre a célra kétes értékű volt. Mégis a legmegbízhatóbbnak a szén-monoxid diffúziókapacitást bizonyították.

Az elmúlt 15 év folyamán megnőtt az érdeklődés a tüdő perifériáján levő 2 mm-nél kisebb átmérőjű kislégutak működése iránt. Kiderült, hogy ezek a kislégutak a teljes tüdőellenállásnak csupán 10–20%-ában vesznek részt. Így a kislégutak kóros elváltozásának a teljes légútelőellenállásban csak akkor lesz jelentősége, ha a kislégutak nagyon súlyosan betegszenek meg. Ez történik az ún. „kislégút-betegségben”, ami gyulladás, fibrosist, esernyősejt-tülbujánzás, nyálkahártya-fekélyesedés, légúton belüli nyák, a kislégutak szűkülete, megcsavarodása, vagy izomzatának a tülbujánzása kapcsán jöhet létre. Ebben a kórképben a szerkezet és a működés kapcsolatának a vizsgálatára három: a dinamikus rugalmasság, gyakorlati-függőség, az egylégzéses nitrogén és a maximális kilégzési áramlás sűrűség-függőség próbát alkalmaznak. A dinamikus rugalmasság gyakorlati-függőségéről 1969-ben azt gondolták, hogy az kislégút-betegség specifikus. Később azonban megállapították, hogy ez a próba csupán a fiatal tünetmentes dohányzóknak több mint 50%-ában légúti bronchiolitis következtében pozitív. 1969-ben kimutatták, hogy az egylégzéses nitrogén-próba alkalmazásakor a tünetmentes dohányzóknak a III. fázishurok és a záróterfogató emelkedett, a dohányzás abbahagyása után azonban ezek az értékek ismét visszatértek a normális szintre. Később a kimetszett tüdő perifériáján kislégút-betegség esetén is ugyanezt a jelenséget észlelték. Ez a próba tehát alkalmas a kislégút-betegség kórismézésére. Az 1970-es évek elején többen is megállapították, hogy a maximális kilégzési áramlás sűrűség-függőségi próbával sikerült a dohányzókat a nem dohányzóktól elkülöníteni. Ez a próba azonban a kislégút-betegség kórismézésére nem vált be. A tüdő kóros elváltozása a tüdő szerkeze-

tének és működésének alapján tehát csupán a tüdő tágulat és a kislégút-betegség esetén sikerült. Intersticiális tüdőbetegség esetén azonban a kórkép sokrétűsége miatt jelenleg is a tüdő kimetszést kell végezni. E három tüdőbetegség stádiumát tüdőfunkciós próbával talán sohasem sikerül megállapítani, mégis úgy látszik, hogy a hörgőmosás és a gallium-scan vizsgálat e téren előrelépést hozhat.

Pongor Ferenc dr.

A súlyos tüdővérzés kezelése pitressinnel. Magee, G. és mtsa (Pulmonary Division, Department of Medicine, Albert Einstein College of Medicine, Bronx): Lung, 1982, 160, 165.

A súlyos tüdővérzés életveszéllyel járó orvosi esemény. Általános vélemény szerint a tüdővérzés helye bronchoszkópos vizsgálattal megállapítható és tüdő-rezekcióval megoldható. Ez azonban nehéz akkor, ha a röntgenlelet negatív, vagy diffúz kétoldali elváltozás látható, és a bronchoszkópos lelet szerint mindkét tüdő vérzik.

A szerzők egy 31 éves férfi betegről számolnak be, akinek már 2 év óta idült hörghurutja volt. 2 héttel a kórházba való felvétele előtt lázas lett és zöldes színű köpetet ürített. Antibiotikumokat és naponta négyszer 240 mg cephalaxint szedett, amire állapota javult. Felvétele napján súlyos tüdővérzése lett. A betegnek 6 óránként 30 mg codeint és 500–500 mg ampicillint és erythromycint adtak. Tüdővérzése azonban még másnap is folytatódott és kb. 750 cm³ vért vesztett. Ekkor folyamatosan perccenként 0,2 egység pitressin infúziót alkalmaztak iv., amire a tüdővérzés egy órán belül megszűnt. A mellkas röntgenfelvételen a jobb tüdő alsó lebenyében beszűrődést és a lebeny részleges kollapszusát láttak. 2 nap múlva a beteg újabb tüdővérzés kapcsán 2 és fél óra alatt megint kb. 200 cm³ vért vesztett. Megismételték a pitressin infúziót, amire a tüdővérzés ismét megszűnt. 11 nappal a felvétele után a betegnek ismét tüdővérzése lett és 3 és fél óra alatt kb. 300 cm³ vért ürített. Újabb iv. pitressin infúzióra a vérzés azonnal megszűnt és azt követően a beteg a további kivizsgálásba nem egyezett bele, önként el távozott a kórházból. Azóta 6 hónap telt el és a beteg tünetmentes maradt.

A tüdővérzés megszüntetésére hypophysis-kivonatot Wiggers alkalmazott először 1911-ben. Ő úgy gondolta, hogy ez a szer ideális a tüdővérzés megszüntetésére, mert csökkentheti az arteria pulmonalis nyomását és fokozza a szisztémás artériás nyomást. Azóta ezt az elmeletet állatkísérletekkel és a gyakorlatban számosan megerősítették.

Pongor Ferenc dr.



A Magyar Sebész Társaság 1983. május 12-én (csütörtök) 18.00 órakor Budapesten a Semmelweis-teremben (VIII., Szentkirályi u. 21.) „Balassa János” emlékelőadást rendez.

Kulka Frigyes dr.: A mellkassebészet interdiszciplináris kötelezettségei.

Az Orvostovábbképző Intézet Kórbontani és Kórszövettani Intézete 1983. május 5-én (csütörtök) 14 órakor, az Oktatási Épület 2. sz. termében (XIII., Szabolcs u. 33.) nyilvános kliniko-patológiai konferenciát rendez.

1. B. J. 65 éves nő, nyelvésképtelenség miatt 6 évvel halála előtt gastrostomát készítettek. A nyelőcsőszűkület tágitása miatt került az OTKI I. Sebészeti Klinikájára, ahol a gastrostoma zárását is tervezték. Váratlanul lázas lett, majd vérnyomása jelentősen emelkedett, epileptiform görcsrohamot követően tetraplegia alakult ki és a beteg meghalt.

Klinikai kiíró diagnózis: Stric-tura oesophagi. Pneumonia I. u. Pyelonephritis chronica. Ictus cerebri. Cardiorespiratorikus elégtelenség.

2. Laboratóriumi diagnosztikus eljárások és lehetőségek az OTKI-ban.

Rendező: az OTKI Klinikai és Kísérleti Orvosi Laboratóriumi Intézete.

A Fővárosi János Kórház Tudományos Bizottsága és KISZ Bizottsága 1983. május 5-én (csütörtökön) és 6-án (pénteken), a Kórház tantermében „Fiatl Orvosok Fóruma” címmel tudományos ülést rendez.

Május 5., 14.00 óra

Sinkovics Máttyás dr.: Megnyitó.

Üléselnökök: Andor Miklós dr., Balázs Márta dr., Göcze Árpád dr., Harmos Géza dr., prof. Ihász Mihály, Kiss Sándor dr., Lipcsei Attila dr., Spellenberg Sándor dr., prof. Szám István.

Balogh L.: A Hallervorden-Spatz-betegségről.

Révész T., Győrvári K.: Agytörzsi károsodást utánzó kétoldali corticális határterületi lágyulás esete.

Keltai V.: Váratlanul halál izolt jobb pitvari infarctus következtében, sinuscsomó betegségben szenvedő betegen.

Csupor E.: A suppressor T-sejtek klinikai immunológiai jelentősége.

Winkler G.: Az anorexigen terapia a kezdetektől napjainkig.

Kőszegi G.: Újabb vizsgálatok bezafrábrattal.

Marozsán I.: Fájdalomcsillapítás elektromos módszerrel (painkiller).

Varró S.: Buschke-Loewenstein-féle óias condyloma.

Nagy E.: A külső hallójáratban terjedő sziklacsont haemangioma.

Sóvágó É.: Virus infectio okozta cochleo-vestibularis tünetek többszörös fejlődési rendellenességgel született gyermekeknél.

Kiss S.: Primaer orrűregi melanoma malignum esete.

Németh M.: Toxikus tüdőgyulladás esete.

Harmos G., Csermely A.: Két különböző pathomechanizmusú környezeti ártalom egy disszeminált pulmonalis megbetegedés hátterében.

Mohácsi E., Ungor K.: Elhanyagolt orrpolyposis hatása az orrlégzésre és az alsó légutak funkcionális státusára.

Berlin I., Révész T., Vámos M.: Diabeteses neuropathia okozta megacolon.

Berlin I., Kiss S.: Therapiás próbálkozás necrobiosis lipidica diabeticorumban.

Sági S.: Modern kontrasztanyagokról.

Május 6., 14.00 óra

Kiss S., Mártha L.: A vagotomia komplettségének ellenőrzése intraoperatív pH mérés segítségével.

Horkai F., Cserkúti I., Sült T.: A pepticus fekélyek perforációjának kezelése proximális szelektív vagotomiával.

Fazekas T., Vadász G., Bálint A.: A Brunner-mirigy hyperplasiáról.

Cserkúti I., Horkay F., Bálint A.: Cross-over by-pass műtét az aortobifemorális prothesis egyik szárának elzáródásánál.

Turi A., Tácsik I.: IV-es típusú Dupuytren contractura műtéti megoldása.

Juhász L., Glanc J.: Nyílt alkartörés ellátásának taktikája.

Pásztor Gy., Juhász L.: Ender szegezés kiterjesztett alkalmazása.

Glanc J., Pásztor Gy.: Ficamos talus törés korszerű ellátása.

Ábrahám L., Matos L.: Polytraumatizált sérült ellátási taktikája.

Nouri, Újvári E.: Ikerterhesség diagnosztizálása UH segítségével.

Sziller I., Kangyal Gy.: Osztiályunk cytológiai anyagának értékelése.

Sipos S., Szathmáry G.: Tartós Partusisten iv. alkalmazásának ritka szövödménye.

Detky G., Konc J.: Ultrahanggal diagnosztizált malformáció.

Varga P.: Általános iskolások gerincserülése a XII. kerületben.

Borsay J., Farkas L.: Osteosynthesisek patológiás töréseknél.

Farkas L., Borsay J.: Az I-es metatarsus osteotomiák szerepe a hallux vagus kezelésében.

Lóska A., Turi A.: Periostitis ritka generalizált formája.

A Magyar Fogorvosok Egyesülete Közép-magyarországi Területi Szervezete 1983. május 6-án délelőtt 8.30 órakor, a Szájsebészeti Klinikán (VIII., Mária u. 52.) tudományos ülést tart.

A Központi Stomatológiai Intézet előadásai

1. **Czukur J., Hedri K., Kubinyi E.:** Gyermekkori protetikai problémák komplex terapiája.

2. **Bereczky O., Farkasfalvy M., Pál A.:** A rágórendszeri dysfunctio gyógyításának újabb szempontjai harapásemelőkkkel.

3. **Varga A.:** Tapasztalatok Preciline elhorgonyzással.

A Magyar Pszichiátriai Társaság Gerontopszichiátriai Szekciójának Nyugat-magyarországi Tagozata, a Magyar Gerontológiai Társaság, a Győr-Sopron megyei Kórház-Rendelőintézet Pszichiátriai Osztályai 1983. május 6-án (péntek) Győrben, a Kórház-Rendelőintézet kultúrtermében (Zrínyi u. 13.) „Időszerű geriátriai és szociális gerontológiai kérdések” címmel tudományos ülést rendez.

10.00 óra

Horváth Ottó dr.: Megnyitó.

Simkó Alfréd dr., a gerontopszichiátriai szekció elnöke, **Scháb Rezső dr.,** a nyugat-magyarországi tagozat elnöke: Üdvözlések.

10.30 óra

Téma: Sürgősségi gyógyszeres ellátás az idős korban.

Üléselnök: Fekete Tamás dr.

Prof. Magyar István: Idős kori deliráns állapotok sürgős ellátása.

Meskó Éva dr.: A cerebrovasculáris kórképek sürgős ellátásának szempontjai.

Simkó Alfréd dr.: Idős kori depressiók sürgős ellátása.

Gaszner Péter dr.: Idős kori schizopreniák sürgős ellátása.

Tury Peregrin dr.: Idős kori heveny szívizominfarctus sürgősségi ellátása.

Varga Gábor dr.: Idős korú alkoholbetegek sürgősségi ellátásának néhány kérdése.

Németh Tamás dr.: Idős kori koponyatraumák sürgősségi gyógyszeres ellátása.

S z ü n e t

14.30 óra

Kerekasztal-konferencia

Téma: A sürgősségi ellátás geriátriai és szociális-gerontológiai vonatkozásai.

Vitavezető: Simkó Alfréd dr.

Résztvevők: Baraczka Balázs dr., Donászy Marianne dr., Veér And-

rás dr., Vértés László dr., Scháb Rezső dr., Varga Gábor dr., Fekete Tamás dr., Horváth Éva dr.

Vértés László dr.: Zárószó.

Tudnivalók:

Az előadások időtartama 15 perc, a hozzászólásoké 5 perc.

Vetítési lehetőségek: 50 × 50 mm-es diapozitív, írásvetítő, epizódos vetítés.

A Kórház kb. 30 Ft-os áron a helyszínen biztosít ebédet, amelynek igényét legkésőbb május 3-ig kérjük bejelenteni. Cím: Bognár Györgyi Győr, Pf. 92., Kórház, 9002.

A Pszichiátriai Társaság Pszichofiziológiai Munkacsoportja 1983. május 11-én, 14 órakor, az Országos Ideg-Elmeorvosok Intézetében (II., Vörösi Hadserg u. 116.) tudományos ülést rendez.

Témakör: Pszichofiziológiai módszerek felhasználási lehetőségei a pszichiátriában.

Moderátor: Kulcsár Zsuzsa.

1. **Varga Izabella:** Fej-szem koordinációs zavarok szerepe a skizofrének szenzoros információ-feldolgozásában.

2. **Halász Péter:** Alvásvizsgálatok felhasználási lehetőségei a pszichopatológiában.

3. **Kulcsár Zsuzsa:** Vestibuláris integrációs mutatók a pszichopatológiában, illetve személyniség-diagnosztikában.

A Fővárosi VI. ker. Tanács, a VI. ker. Közegészségügyi-Járványügyi Szolgálat, a Magyar Vöröskereszt VI. ker. vezetősége 1983. május 12-én, a VI. ker. Tanács földszinti tanácstermében (VI., Eötvös u. 3.) **Terézvárosi gerontológiai-egészségnevelési-gyógyszerészeti napot** rendez.

8.30 óra

Üléselnök: **Paróczy Klára dr.**
Lingvai Livia: Ünnepi szavazat.
Forgách Judit dr.: Megnyitó.

8.45 óra

Gerontológia

Üléselnökök: **Vértés László dr., Ménessy Gáborné.**

Ménessy Gáborné, Csige Lajosné, Rotharidesz Frigyesné: A szociális gondoskodás néhány kérdéséről.

Nógrádi Gáborné: Az életvitelükhöz megfelelő jövedelemmel, lakással rendelkező idősök szociális gondozás iránti igényei, azok kielégítése új, önköltséges gondozási formák bevezetésével.

Zelenka Józsefné: Kulturális fog-

lalkoztatás megszervezése az idősök nappali otthonában.

Törő Gézné: Pszichés gondozás az idősök nappali otthonában.

Vértés László dr.: Rózsay József, a Terézváros orvos, a Korányi Frigyes és Sándor Kórház elődjének alapítója, az első magyar gerontológus.

Domokos Kinga, Vértés László dr.: Időskor és zenei kreativitás.

Vita

Egészségnevelés

Üléselnökök: **Németh Bálintné, Scodnik Lászlóné.**

Paróczy Klára dr.: A foglalkozási megbetegedések megelőzésének kérdései.

Rábai Kálmán dr.: Az alkoholizmus jelentősége a felnőttkori epilepszia kórfejlődésében.

Binder Károly dr.: Onkológiai szűrés és gondozás 20 éves tapasztalatai.

Vértés László dr.: Egészségnevelés és az időskor.

Kóczián Andrásné: A hazai néptáplálkozás helyzete, sajátosságai, A kollektív étkeztetésben nem részesülő tanulók táplálkozási vizsgálata.

Vita

14.00 óra

Gyógyszerészet

Üléselnökök: **Búcz Istvánné dr., Mentényi Tiborné dr.**

Búcz Istvánné dr.: A terápia változása egyes új készítmények megjelenésekor.

Marton Krisztina: Nem szteroid gyulladáscsökkentők alkalmazása a modern terápiában.

Fekete Katalin: A fogamzásgátlók helyes alkalmazásának néhány kérdése.

Sütő Andrea: A terhes anyák gyógyszerfelhasználásának néhány kérdése.

Szabó Ágnes: A gyógynövények alkalmazása a terápiában.

Herényi Bulcsúné: A gyógyszerkutatás jelenlegi helyzete.

Vita

A Pest megyei Flór Ferenc Kórház Tudományos Köre 1983. május 12-én, csütörtökön, délután 14 órakor Kerepestarcán, a Kórház előadótermében tudományos ülést tart.

1. **Császár Márta dr.:** A gyermek-kardiológiai gondozó 10 éves munkája.

2. **Vajda Ildikó dr., Váradi Mária dr.:** Mycoplasma okozta pneumonia gyermekeknél.

3. **Hünlich Axel dr.:** Hypolactasia.

4. **Jutasi Ernő dr., Csukás Éva dr.:** Schönlein-Henoch purpura.

5. **Orosz Tünde dr., Lamp Gabriella dr.:** B típusú Streptococcus okozta meningitis (esetismertetés).

A Fővárosi Schöpf-Merei Kórház Tudományos Köre 1983. május 12. (csütörtök) du. 2 órakor, a Kórház és Anyavédelmi Központban (IX., Bakáts tér 10.) tudományos ülést tart.

Rátay Csaba dr.: A veszélyeztetettség vizsgálata tízéves nyomkövetés alapján.

A Korányi Frigyes Tbc és Tüdőgyógyász Társaság Kelet-magyarországi Csoportja 1983. május 13-án, 10 órakor Debrecenben, a Tüdőgyógyászati Klinika előadótermében tudományos ülést rendez.

1. **Prof. Kelemen S., Cséri T., Lichtenberger Gy.:** Az orrlégzés.

2. **Lukács Judit dr.:** A cytológia jelentősége a fiberoscpos vizsgálatokban.

3. **Faragó E. dr.:** Tüdődaganatok cytológiai kórismezésének problematikája.

4. **Prof. Kelemen S., Cséri T. dr.:** A köhögés hatékonyságának csökkenése a ventilációs zavar fokozódásának előrehaladtával.

5. **Mohácsi E. dr., Unger Károly dr., prof. Kelemen S.:** Elhanyagolt orrpolyposis hatása az orrlégzésre és az alsó légutak funkcionális státusára.

Az Egészségügyi Minisztérium Vöröskereszt és KISZ Alapszervezete 1983. évben Budapesten, az Egészségügyi Minisztérium nagy tárgyalótermében (V., Arany János u. 6—8., VIII. em.) „A sürgősségi betegellátás egyes kérdései”-vel foglalkozó előadássorozatot rendez.

1983. május 13., 13.00 óra

Göbl Gábor dr.: Reanimatológia. Június 10., 13.00 óra

Varga József dr.: Az eszméletlen beteg ellátása.

Szeptember 9., 13.00 óra

Göbl Gábor dr.: A shockos beteg

ellátása.

Október 14., 13.00 óra

Lambay László dr.: Agyi vascularis katasztrófák ellátása.

November 11., 13.00 óra

Tury Peregrin dr.: Acut bal szívfél-elégtelenség.

December 9., 13.00 óra

Lombay László dr.: Szívritmuszavarok ellátása.

A Magyar Farmakológiai Társaság Klinikai-farmakológiai Szekciójája 1983. októberében „A klinikai farmakológia újabb eredményei és perspektívái” címmel ankétot rendez.

Jelentkezés és 10—15 perces elő-

adások bejelentési határideje: 1983. augusztus 31.

Cím: *Gachályi Béla dr.*, Budapest, Pf. 112, OTKI I. Belgy. Klin. 1389.

A Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete 1983. május 26–29. között Balatonfüreden, a SZOT Oktatási Intézetében rendezi IV. országos kongresszusát.

Május 26., csütörtök, 11 óra
Ünnepélyes megnyitó

12.00 óra

Főreferátumok

Üléselnök: *Várallyay Gyula dr.*

Üléstítkár: *Morvay Frigyes dr.*

Botta Ádám dr.: A MAÖTE szerepe az általános orvoslás és az általános orvostan fejlődésében.

Pataky László dr.: Az 1940. évtől született körzeti orvosok szakmai és társadalmi motiváltsága.

Vörös László dr.: Az általános orvosi kutatómunka műfaji bővítésének lehetőségei.

S z ü n e t

Május 26., csütörtök, 14.30 óra

A szekció

A Pszichoszomatikus Munkacsoport beszámolója

Üléselnök: *Király Piroska dr.*

Üléstítkár: *Nagy Árpád dr.*

Király Piroska dr.: A pszichoterápia elemeinek felhasználása a gondozás gyakorlatában.

Schnell Endre dr.: Egyes pszichoterápiás módszerek és azok felülvizsgálata az általános orvosi gyakorlatban.

Császár Gyula dr.: Pszichoszomatikus betegek pszichoterápiája az általános orvoslásban.

Oláh Endre dr.: Az önértéktudat és Én-imago (eszménykép) szerepe a gyógyítás-gyógyulás folyamatában.

Daubner Béla dr.: Hipnoterápiás lehetőségek felhasználása az általános orvosi gyakorlatban.

További pszichológiai tárgyú előadások

Sipos Katalin dr., Szilágyi Lilla dr.: A körzeti orvos és a pszichoterapeuta együttműködése a gyakorlatban.

Gyuró Béla dr., Dravetzky Éva dr.: Ideggyógyászati buktatók a körzeti orvosi munkában.

Szücs Tamás dr., Juhász Béla dr., Várallyay Gyula dr.: A neurozist befolyásoló társadalmi tényezők.

Szebenyi Béla dr.: Családterápiás szemlélet az alapellátásban.

Május 26., csütörtök, 14.30 óra

B szekció

Aktuális kérdések az általános orvosi gyakorlatban

Üléselnök: *Fodor Miklós dr.*

Üléstítkár: *Baráth Ida dr.*

Halász Ede dr.: A körzeti orvos helye és szerepe a gyógyító teamben.

Szattmári Marianna dr.: A csoportvezető főorvos helye és szerepe az integrált progresszív betegellátásban.

Molnár Attila dr., Gyurcsányi János dr., Korondi István dr., Fodor Péter dr.: A körzeti orvosok helye és szerepe egy budapesti integrált intézet szervezetében szociálpszichológiai vizsgálatok alapján.

Korondi István dr., Fodor Péter dr., Molnár Attila dr., Gyurcsányi János dr.: Demográfiai viszonyok szerepe a körzeti orvosi szolgálatok munkájában (Budapest XI., XXII. kerületének tükrében).

Margittay Erzsébet dr.: Fogamzásgátlás és demográfia.

Körmendi István dr.: Az általános orvos definitív betegellátási tevékenységét befolyásoló szubjektív és objektív tényezők.

Varju Irén dr., Mezei Zsuzsanna dr., Hübner György dr.: Lehetőség és kísérlet a körzeti betegforgalom irányítására.

S z ü n e t

Május 26., csütörtök, 17.00 óra

A szekció

Kardiológia

Üléselnök: *Hidas István dr.*

Üléstítkár: *Majtényi Gábor dr.*

Gyárfás Iván dr., Kerkovits Gyula dr., Lábás Ignác dr., Zibár Mária dr.: Az Egészségügyi Világszervezet kardiovasculáris megelőzési programjai és a Budapest XVII. kerületben folyó vizsgálat.

Szigetvári Endre dr., Gyárfás Iván dr., Jánosi András dr., Kerkovits Gyula dr.: A körzeti orvos tevékenysége a komplex kardiovasculáris megelőzési programban.

Háda Piroska dr., Lábás Ignác dr., Kerkovits Gyula dr., Mogyorósi Jánosné: Ischaemiás szívbetegség és myokardiális infarktust átvészelt betegek rehabilitációja.

Scheirich Alice dr., Lábás Ignác dr., Gyárfás Iván dr., Jánosi András dr., Kerkovits Gyula dr., Arnold Csaba dr.: Körzeti orvosi továbbképzés és nővéreképzés a Budapest XVII. kerületi kardiovasculáris preventív programban.

Bokor Péter dr.: A körzeti orvos szerepe a postinfarktusos beteg rehabilitációjában.

Május 26., csütörtök, 17.00 óra

B szekció

Aktuális kérdések az általános orvosi gyakorlatban

Üléselnök: *Ábrahám László dr.*

Üléstítkár: *Szalai István dr.*

Morvay Frigyes dr.: Strukturális, informatív dokumentáció, adatrendszerek és trendek az alapellátásban.

Pénzes János dr., Galgóczi Ernő dr.: Azonos körzeti orvosi doku-

mentáció egy falusi és egy városi körzetben.

Gyurcsányi János dr., Fodor Péter dr., Molnár Attila dr., Korondi István dr.: A körzeti orvosi munka elemzésének néhány statisztikai-matematikai összefüggése.

Gál Lajos dr.: Az orvosi rehabilitáció gazdasági összefüggései.

Május 27., péntek, 9.00 óra

A szekció

Klinikai-farmakológiai előadások

Üléselnök: *Faragó Erika dr.*

Üléstítkár: *Válóczy Zoltán dr.*

Kósa László dr.: A gyakorló orvos szerepe a gyógyszerártalom felderítésében.

Juvancz Péter dr.: Cavinton alkalmazásáról.

Bordás László dr., Kosztura László dr., Újhelyi István dr., Majtényi Gábor dr.: Catergennel szerzett tapasztalatok alkoholista betegeken a körzeti orvosi gyakorlatban.

A MAÖTE Gyógyszervizsgáló Munkacsoportjának beszámolója

Szönyi András dr., Faragó Erika dr., Domán Vera dr.: A Paxirazol hatása akut légzőszervi megbetegedésekben.

Domán Vera dr., Szönyi András dr., Faragó Erika dr.: Paxirazol hatása krónikus légzőszervi megbetegedésekben.

Marx Gyula dr., Szönyi András dr., Szattmári Marianna dr.: Ludiomil alkalmazása larvált depresszióban.

Takács Livia dr., Szönyi András dr., Halmi László dr.: Hygrotonnal szerzett tapasztalatok a járóbeteg-ellátásban.

Szirmák Gábor dr., Faragó Erika dr.: Minipressel szerzett tapasztalataink.

Május 27., péntek, 9.00 óra

B szekció

Vegyes klinikai előadások

Üléselnök: *Pogány István dr.*

Üléstítkár: *Gyuró Béla dr.*

Horváth W. István dr., Gálné Szőke Margit: Szociális diagnózis az alapellátásban.

Pető Zoltán dr., Szilárd János dr.: A pszichiátriai sürgősségi ellátás kihatásai a betegre, betegségére és környezetére.

Juhász Béla dr., Szűcs Tamás dr., Gombos Katalin dr.: Fekélybetegség depresszióban (a klinikai tünetek és a kezelés kérdései).

Keresztes Mihály dr.: Az ulcus pepticum gyakoriságának vizsgálata egy falusi körzetben.

Tóth Tibor dr.: Krónikus pancreatitis és pancreas carcinoma.

Várnai György dr., Máté Zsuzsa dr.: Adatok a hyperthyreosis tünettartamának és kezelésének kardiológiai szempontjaihoz.

Kékesi Olga dr.: Nem fertőző betegségek előfordulásának vizsgálata

ta egy orvosi körzetben — gyakorlati problémák.

Schnábel Róbert dr.: Az LDL-koleszterin változásainak jelentősége különböző rizikótényezőkben.

S z ü n e t

Május 27., péntek, 11.30 óra

A szekció

Gyógyszerutilizáció

Üléselnök: **Szönyi András dr.**

Üléstítkár: **Marx Gyula dr.**

Faragó Erika dr.: Gyógyszerelési szokások körzetben.

Matejka Zsuzsanna dr., Morva László dr.: Utilizációs törekvések az antibiotikumok vonatkozásában a Bács-Kiskun megyei járóbeteg-ellátásban.

Pollák Zs dr., Kertész M. dr., Kemenes I.: Serdülőkori légzőszervi megbetegedések gyógyszerterápiás gyakorlata, különös tekintettel a korosztály munkaképességének befolyásolására.

Kemenes I. dr., Farkas A. dr., Pollák Zs. dr.: A kórházak terápiai javaslatainak megvalósítása az alapellátás gyakorlatában, különös tekintettel a keresőképtelenség időtartamának befolyásolására.

A **WELLCOME**-cég filmmel egybekötött előadásai

A Wellcome Alapítvány szerepe a gyógyszerészetben. Múlt — jelen és jövő.

Május 27., péntek, 11.30 óra

B szekció

Vegyes klinikai előadások

Üléselnök: **Margittay Erzsébet dr.**

Üléstítkár: **Farkas Elemér dr.**

Nagy Károly dr.: Adatok az általános orvos és a reumatológus együttműködéséhez.

Vánkos József dr. Bőrgyógyászati szempontok a hormonális fogamzásgátlók alkalmazásakor.

Görög Miklós dr., Görög Árpád dr.: Az elhízásos alvász- és légzészavar problematikája Pickwick-szindróma ürügyén.

Rácz László dr.: Balantidiasis a körzeti orvosi gyakorlatban.

Gorka Tivadar dr.: Rákbetegek fájdalmának célszerű csillapítása.

Kiss Lajos dr., Horváth W. István dr.: A kislekvencialis elektroterápia néhány kérdése az alapellátásban.

S z ü n e t

Május 27., péntek, 15.00 óra

A szekció

A Táplálkozásepidemiológiai Munkacsoport előadásai.

Üléselnök: **Kuti Vilma dr.**

Üléstítkár: **Borbély László dr.**

Prof. Boda Domokos: A csecsemő- és gyermektáplálás helyzete világviszonylatban.

Szarka Veronika: Tévhitektől a

korszerű csecsemő- és gyermektáplálásig.

Mathesz Piroska: Táplálkozási szokások és a táplálkozással összefüggő betegségek gyakorisága Bonyhádon.

Mitták Sándorné, Szabados Teréz: Táplálkozás és tápláltság Dabas 14 éves felüli lakossága körében (5⁰/₀-os reprezentatív vizsgálat). **Soós Aladár dr.:** Az aktuális néptáplálkozás helyzetvizsgálata a hazai lakosság körében.

Kuti Vilma dr.: A táplálkozási és táplálkozásepidemiológiai vizsgálatok perspektívája.

Május 27., péntek, 14.30 óra

B szekció

Szűrővizsgálatok

Üléselnök: **Arnold Csaba dr.**

Üléstítkár: **Fülep László dr.**

Pauka Tibor dr.: A krónikus nem fertőző betegségek hatása a népesség egészségi állapotára; a gondozás jelentősége.

Lomb Dénes dr., Buda József dr., Mezei Erika dr.: Morbiditási struktúra vizsgálata városi körzeti orvosi ellátásban.

Dely Attila dr.: A Budapest X. kerületi Ernyőszűrő Állomás vizsgálataira alapozott lakosságszűrő tapasztalatai öt fővárosi körzetben.

Gergely István dr., Tarczali Dezső dr., Orosz Árpád dr.: Komplex lakosságszűrő szervezése egy nagyvárosban.

Kási Gyula dr., Kovács Pál László dr.: Az alapellátás szerepe a kiterjesztett szűrővizsgálatokban.

Wittmann Károly dr., Szabó Ignác dr.: A felnőtt lakosság összetett szűrővizsgálatának tapasztalatai Dunaujváros egy felnőtt orvosi körzetében.

Bárfai Judit dr., Langer Lea dr., Vörös Mariann dr., Hézer Klára dr., Khoór Sándor dr.: Fiatalkori hipertóniások szűrése és gondozása a budapesti József Attila lakótelepen.

Kertai Aurél dr.: Az essentiális hipertóniabetegséghez társuló diabetes mellitus gyakorisága osztályunk egyéves anyagában.

Szücs János dr.: Diabetesszűrő Bicskén.

Kovács Margit dr., Bene Zsuzsanna dr., Molnár Lajos dr.: A körzeti orvos szerepe a falusi lakosság körében végzett szemészeti szűrővizsgálatokban.

17.30 óra

Vezetőségválasztó közgyűlés

Május 28., szombat, 9.00 óra

A szekció

A Diabetes Munkacsoport előadásai

Üléselnök: **Andor Miklós dr.**

Üléstítkár: **Bokor Péter dr.**

Andor Miklós dr., Bauer Erzsébet dr., Hidas István dr., Pazonyi Ilona dr.: A diabetes mellitus gyakorisága és gondozása.

Losonczy István dr., Arnold Csaba dr., Andor Miklós dr., Kerényi Zsuzsa dr.: A cukorbeteg-gondozás minőségi értékelése.

Hidas István dr., Andor Miklós dr., Bauer Erzsébet dr., Pazonyi Ilona dr.: A cukorbeteg szövődményei a betegség tartamának függvényében.

Bauer Erzsébet dr., Andor Miklós dr., Hidas István dr., Pazonyi Ilona dr.: A cukorbeteg és az érszövődmények.

Faragó Ferenc dr., Arnold Csaba dr., Kerényi Zsuzsa dr., Preisz József dr.: A cukorterhelés informatív értékelése terhességben.

Horváth István dr., Arnold Csaba dr.: Két körzeti cukorbeteggondozásának összehasonlító értékelése.

Az EGYT Gyógyszervegyészeti Gyár filmje

Május 28., szombat, 9.00 óra

B szekció

Gondozás

Üléselnök: **Botta Ádám dr.**

Üléstítkár: **Kékesi Olga dr.**

Szalai István dr.: A körzeti orvos komplex gondozási tevékenysége. Tízéves megfigyelések egy budapesti körzetben.

Juhász György dr., Fülep László dr.: A betegek véleménye a gondozás hatékonyságáról.

Gyuró Béla dr.: A gondozottak a gondozásról.

Baráth Ida dr.: A gondozás a halálozás tükrében.

Farkas Elemér dr., Reményi Jenő dr.: A körzeti orvos és a szociális gondoskodás.

Kocsis Károly dr., Baki Magda dr.: A gerontológiai ismeretek jelentősége a körzeti orvosi gyakorlatban.

Köröstsötös Valéria dr.: Fekvőbetegünk ellátása a körzeti orvosi gyakorlatban.

Lábas Ignác dr., Arnold Csaba dr., Gyárfás Iván dr., Jánosi András dr.: A körzeti orvosi gondozás eredményei Budapest XVII. kerületében.

S z ü n e t

Május 28., szombat 11.30 óra

A szekció

Diabetes-előadások

Üléselnök: **Szirmák Gábor dr.**

Üléstítkár: **Juhász Béla dr.**

Nagy Kálmán dr.: Insulinváltozások orális cukorterhelés során.

Ries László dr.: Hipertóniabetegség és diabetes mellitus gyakoriságának vizsgálata a Budapest X. ker. Ernyőszűrő Állomás és öt körzeti szűrővizsgálatai alapján.

Juhász György dr., Tarczali Dezső dr., Saliga Mihály dr., Neu-wirth Gyula dr.: A Debrecenben nyilvántartásba vett cukorbetegnek néhány jellemző paraméterének elemzése.

Lénárd György dr., Juhász György dr., Neuwirth Gyula dr.: A cukorbetegség terápiája Debrecenben.

Tarnai Ete dr.: A cink, mint terápiás eszköz a cukorbetegség kezelésében.

Május 28., szombat, 11.30 óra

B szekció

Gondozás

Üléselnök: Pauka Tibor dr.

Üléstítkár: Várnai György dr.

Igaz Ottó dr.: A cerebrovasculárisan károsodott betegek rehabilitációjának lehetőségei az alapellátásban.

Neszner János dr.: A hipertónia-gondozás tizenöt éve; módszerek, eredmények, következtetések.

Perényi Tamás dr., Buday Géza dr., Kerkovits Gyula dr.: Orális vasodilatator-kezelés krónikus szívértelenségben.

Saliga M. dr., Farkas A. dr., Polák Zs. dr.: Hogyan befolyásolják a gyógyszereszedési szokások a 16—22 éves korúak morbiditását, keresőképtelenségük gyakoriságát és időtartamát?

Szabó D. Ottó dr.: Gondozási és gyógykezelési tapasztalataim ulcerosus betegek körében.

S z ü n e t

Május 28., szombat, 15.00 óra

A szekció

Az Alapszintű Sürgősségi Ellátási Munkacsoport előadásai

Üléselnök: Morva László dr.

Üléstítkár: Gombai Csongor dr.

Prof. Jakab Tivadar: A sürgősségi ellátás helyzete Magyarországon.

Bencze Béla dr., Botta Ádám dr., Morva László dr., Thury Peregryn dr.: A körzeti általános egészségügyi szolgálat és az Országos Mentőszolgálat együttműködési lehetőségei a progresszív oxológiai ellátás láncolatában.

Gubacsi László dr., Morva László dr.: A központi ügyelet beindulásával szerzett tapasztalatok értékelése Bács-Kiskun megyében.

Morva László dr.: A hypovolæmia kezelése az alapszintű sürgősségi ellátásban.

Nedelka Zsuzsanna dr.: A bel-

gyógyászati katasztrófák megelőzése és helyszíni ellátása.

Mittinszky Miklós dr.: Az Adams—Stokes-szindróma konzervatív kezelése; a pacemakeres betegek sürgősségi ellátása és gondozása.

Simor Zoltán dr.: Gyermekeoxológiai ellátás a körzeti gyakorlatban.

Dézsai Csaba dr.: Mérgezőskor mit tud tenni vidéken (falun) a kiérkező körzeti orvos?

Szigeti Margit dr., Strák András dr.: Oxológiai tapasztalatok a vidéki körzeti orvosi gyakorlatban.

Tóth Ottó dr.: Központi ügyelet lehetőségei és korlátai az aprófalvas településeken.

Bohner József dr., Morva László dr.: A hétvégi ügyeleti rendszer értékelése a bajai járásban.

Május 28., szombat, 15.00 óra

B szekció

Egészségnevelés

Üléselnök: Pataky László dr.

Üléstítkár: Bányai Elek dr.

Galgóczi Ernő dr., Arnold Csaba dr., Kerényi Zsuzsa dr.: Cukorbetegség egészségnevelésének hatása diétás ismereteikre és anyagcsere-állapotukra.

Dr. Bottáné Gajdon Nárcisz, Császár Gábor dr.: Egy körzet cukorbetegjeinek étrendi viszonyulása különös tekintettel egészségnevelésük tartalmára.

Györkös Imréné, Margittay Erzsébet dr.: Fogykúrásaink.

Gritz Arnoldné dr., Scheirich Alice dr., Arnold Csaba dr.: Egészségnevelés a Budapest XVII. kerületi érrendszeri megelőzési programban.

Keresztes Mihály dr.: Az alkoholfogyasztás, a dohányzás és a spon-tán abortusz összefüggéseinek vizsgálata egy falusi körzetben.

Május 28., szombat, 16.45 óra

és

Május 29., vasárnap 9.00 óra

B szekció

Poszttervita

Üléselnök: Szatmári Marianna

Üléstítkár: Császár Gábor dr.

Bene Zsuzsanna dr., Kovács Margit dr., Molnár Lajos dr.: A pályaválasztás és pályaeorientáció szemé-

szeti és általános orvosi vonatkozásai.

Budapest Klub: Szédülés körzetben.

Cselényi Ferenc dr., Lomb Dénes dr., Budai József dr.: Táppénzes morbiditás városi felnőtt körzetben.

Gulyás Lajos dr., Gombás Tibor dr.: Növényvédőszer-mérgezések első orvosi ellátásáról.

Jósa Zoltán dr.: Az alapszintű sürgősségi betegellátás problémái.

Kórodi Edit dr., Varga Ferenc dr.: Postinfarktusos betegek rehabilitációja.

Körmendi István dr.: Prospektív vizsgálati terv magnézium, illetve magnézium + tejcukor + tejsavbaktérium adagolásának hyperlipaemiát csökkentő hatásának igazolására.

Morvai Frigyes dr.: Információk és adatrendszerek.

Morvai Frigyes dr.: A horizontális integráció megyei modellje.

Nagy Edit dr., Bohner József dr., Gergely László dr.: Akut növényvédőszer-mérgezetek ellátásának gyakorlati kérdései.

Palotai Tamás dr., Huszár László dr.: Súlyos orrvérzéses esetek előfordulása időváltozások kapcsán.

Siófoki Mentőállomás: A siófoki autóbaleset sérültjeinek helyszíni ellátása.

Szatmári Marianna dr.: Az egészség dinamikus változása a különböző életperiódusokban, különös tekintettel az öregedés minőségére.

Zlatarov László dr., Alpár Lajos dr., Dankó László dr., Fekete Ferenc, Szentjobbi Aladár: Gyermekekori sérülések Szeged város és járás területén az 1980—1981. évben.

Május 29., vasárnap, 9.00 óra

A szekció

A budapesti 40 éven felüli lakosság szűrést végző munkacsoport kerekasztal-konferenciája

„az általános orvostan jövője” témakörben

Vitavezetők: Arnold Csaba dr., Margittay Erzsébet dr.

Elszállásolás: Hotel Marina, Hotel Annabella.

Részvételi szándék bejelentése: Veszprém megyei Idegenforgalmi Hivatal Balatonfüredi Kirendeltség, Balatonfüred, Blaha L. u. 5. 8230.

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 17 000 példányban

A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató

Telefon: 116-660

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,

a Posta hírlapüzletében és a Posta Központi Hírlap Irodánál

(Budapest V., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)

közvetlenül vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKH MNB 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámára.

Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/135

Előfizetési díj egy évre 600,— Ft, negyedévre 150,— Ft, egyes szám ára 12,— Ft



83.0913 Tipográfika Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasyomás — Felelős vezető: Szilávik András vezérigazgató

INDEX: 25 674 ISSN 0030—6002

GRAMURIN

tabletta
CHEMOTHERAPEUTICUM

Antibakteriális hatással rendelkező, széles hatásképességű húgyúti chemotherapeuticum. Hatékonyak bizonyul a Gram-negatív kórokozók (pl. *Proteusok*, *E. coli* stb.) túlnyomó többsége, valamint a *Staphylococcus aureus* okozta fertőzések leküzdésében, amelyekben egyéb antibiotikumok alkalmazása nem jár megfelelő eredménnyel.

ÖSSZETÉTEL: tabl-ként 250 mg acidum oxolinicum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLAT: cystitis, pyelonephritis, pyelitis, pyelocystitis, bakteriuria, esetleg prostatitis. Műszeres vizsgálatok (katéterezés, cystoscopy stb.) okozta fertőzések, ill. ezek megelőzése.

ELLENJAVALLAT: terhességben és szoptatás alatt, valamint 3 hónapos koron aluli csecsemőknek nem adható.

ADAGOLÁS: átlagos adagja felnőtteknek és 12 évesnél idősebb gyermekeknek naponta 3×2 tabl. (1500 mg), közvetlenül étkezés után.

Gyermekekben: 3 hónapos kortól – 2 éves kor alatt megfontolt esetekben – adható. Átlagos adagja gyermekeknek napi 25 mg/testsúlykilogrammmal, az alábbi táblázat alapján: A feltüntetett gyógyszer mennyiséget napi 3–4 részben kell beadni.

Életkor	Testsúly	Naponta adott gyógysermennyiség mg	tabletta
3 hónaptól			
1 éves korig	5,5–10 kg	125–250	$\frac{1}{2}$ –1
1–3 év	10–14 kg	250–350	1– $1\frac{1}{4}$
4–5 év	15–18 kg	375–450	$1\frac{1}{2}$ – $1\frac{3}{4}$
6 év	20–22 kg	500–550	2– $2\frac{1}{4}$
7–12 év	22–36 kg	550–750	$2\frac{1}{4}$ –3

A kúrszerű adagolás időtartama gyermekeknek 7–10 nap (kivételesen, elhúzódó fenntartó kezelés esetén még két hétig, csökkentett (15–20 mg/kg) adagban), felnőtteknek 2–4 hét.

MELLÉKHATÁSOK: **gastrointestinalis panaszok:** hasi fájdalmak, hányinger, hányás, cholestasis, hasmenés; **allergiás reakciók:** pruritus, urticaria, angioneurotikus ödéma, eosinophilia; **központi idegrendszeri tünetek:** aluszékony-ság, nyugtalanság, álmatlanság, gyengeség, szédülés, látászavarok. Toxikus psychosis (konvulziók) praedisponáló betegségek (epilepszia, arterioszklerózis) esetén; **vérbőző szervek károsodása:** thrombocytopenia, leukopenia, haemolytikus anaemia; továbbá photosensibilis.

A mellékhatások többnyire csak átmenetiek, a kezelés megszakítása csak ritkán válik szükségessé.

GYÓGYSZER-KÖLCSONHATÁSOK: az oxolinsav enziminhí-bítor, ezért más – a májon át eliminálódó – gyógyszerrel történő együttes adásakor számolni kell az utóbbi lassúbb kiürülésével és az ebből eredő intoxikáció lehetőségével, így az egyidejűleg adott gyógyszerek dóziscsökkentése, ill. a betegek fokozottabb ellenőrzése célszerű. Furosemid fokozhatja a Gramurin aktivitását húgyúti fertőzésekben (növeli koncentrációját a vizeletben).

FIGYELMEZTETÉS: epilepsziás betegeknek a központi idegrendszerre kifejtett izgató hatása miatt, valamint máj- és veseelégtelenségben szenvedőknek, a funkciós vizsgálatok elvégzése mellett, csökkentett adagban, fokozott óvatossággal adható. Csecsemőkori alkalmazása fokozott ellenőrzést igényel.

MEGJEGYZÉS: ✱ Az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja. Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS: 42 tablettá

24,30 Ft

E
GY
TE
GY
TE
GY
TE
GY
T

BETALOC®

tabletta

antiarrhythmicum antihypertensivum

A Betaloc elsősorban az adrenerg béta-receptorokon ható kardiószelektív béta-blokkoló készítmény. Béta-receptor stimuláló (intrinsic sympatomimetikus) aktivitással nem rendelkezik. A magas vérnyomást mind álló-, mind fekvőhelyzetben kifejezetten csökkenti. Ortosztatikus hipotenziót nem okoz és az elektrolit háztartást nem befolyásolja. Angina pectorisban csökkenti a rohamok számát és növeli a fizikai teljesítményt. A Betaloc adható indokolt esetben asztmás betegeknek is. A légúti ellenállás értéke ritkán növekszik alkalmazása után. Ez a növekedés azonban — ha előfordul — ellensúlyozható béta, stimuláns adagolásával.

HATÓANYAG: tablettánként 100 mg metoprolol tartarát.

JAVALLATOK: Hipertónia enyhe és közepes súlyos esetekben magában, súlyos esetekben diuretikumokkal és egyéb antihypertenzívumokkal kombinálva. Angina pectoris. Szívrítmuszavarok: sinus tachycardia, paroxysmusos supraventriculáris tachycardia, irreguláris tachycardia, esszenciális keringési hiperkinézis.

ELLENJAVALLATOK: II. és III. fokú A. V.-blokk; szívelégtelenség; kardiogén shock; bradycardia (60/min. szívfrekvencia érték alatt).

ADAGOLÁS: Egyéni beállítást igényel.

Hipertónia: naponta 100–200 mg (1–2 tabl.), reggel egy adagban vagy elosztva: reggel és este. Egyes esetekben szükséges lehet a fenti adag növelése, vagy egyéb hipotenzív szerekekkel való kombinálása.

Angina pectoris: naponta 100–200 mg (1–2 tabl.) elosztva reggel és este; súlyos esetben ez az adag növelhető napi 300–400 mg-ig (3–4 tabl.).

Ritmuszavar: naponta 100 mg (1 tabl.) elosztva: reggel és este, ha szükséges a napi adag 200–300 mg-ig (2–3 tabl.) emelhető.

MELLEKHATÁSOK: Általában enyhék és ritkán jelentkeznek. Ezek a hatások sok esetben átmenetiek, vagy a dózis csökkentésével megszűnnek.

Leggyakoribb mellékhatás: fáradtság, gasztrointesztinális tünetek, alvászavar, bradycardia. Ritkán nem specifikus bőrreakció, vagy a végtagokban hidegérzés jelentkezhet.

Túladagolás kezelése: A túladagolás kifejezett hipotenziót és bradycardiát okoz. Ilyen esetben 1–2 mg atropin iv. adása szükséges. Ha ezután sincs megfelelő javulás, vérnyomás-emelő szereket, pl.: noradrenalin, dopamint (dobutamint) lehet adni.

GYÓGYSZER-KÖLCSONHATÁS: Kerülendő együtt adásuk: kalcium antagonistákoszporér-tágítókkal (egymás hatását kiegészíthetik, vagy erősítik).

FIGYELMEZTETÉS: A kezelést fokozatosan kell befejezni. A terápia hirtelen megszakítása — különösen ischaemiás szívbetegség esetében — a beteg állapotát akutan rosszabbíthatja. Műtét esetén a Betaloc kezelést az anaesthesia előtt legalább 48 órával meg kell szüntetni.

Asztmás betegek kezelésekor béta, stimuláns együtt adása válhat szükségessé.

A Betaloc nem adható szívelégtelenségben, kivéve ha azt a frekvencia növekedése idézte elő. Egyébként a beteget előzetesen kompenzáljuk digitálisszal, diuretikummal és vazodilatátorral. (A digitális által kiváltott szívkontraktilitás növekedést nem befolyásolja.) Inszulin dependens diabetes mellitusban szenvedő betegek kezelésekor — más béta-blokkolókhöz hasonlóan — fokozott elővigyázatosság szükséges.

MEGJEGYZÉS: ✱ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS: 20 tablettára 15,50 Ft.

ASTRA Pharmaceuticals AB. Svédország licence alapján gyártja és forgalomba hozza: EGYT Gyógyszervegyészeti Gyár — Budapest.

A Betaloc® védjegy az ASTRA tulajdona.

Egyt

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

E
GY
TE
GY
TE
GY
TE
GY
T



AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS
FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

124. ÉVFOLYAM 19. SZÁM 1109—1168 OLDAL

BUDAPEST, 1983. MÁJUS 8.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 600,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 12,— FT

libexin®

TABLETTA

Antitussivum

ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 100 mg 3-(β , β -Diphenylaethyl)-5-(β -piperidinoethyl)-1,2,4-oxadiazol, hydrochlor. hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

Bronchiális eredetű köhögés csillapítására: akut és krónikus bronchitisek, grippe, bronchopneumonia, tumor vagy idegentest a bronchusokban, asthma bronchiale, emphysema, dekompenzáltak éjszakai köhögése, bronchoscopiás vagy bronchographiás beavatkozások előkészítésére.

Pleurális eredetű köhögés csillapítására: pleuritis sicca és exsudativa, pleuropneumonia, tüdőinfarktus, spontán pneumothorax, pleurális beavatkozások (művi pneumothorax, pleura-punctio, pleurán végzett műtétek).

ELLENJAVALLATOK

Nagy váladékozással járó kórképekben és különösen postoperatív állapotokban (inhalációs narkózis után) ellenjavallt.

ADAGOLÁS

Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3–4-szer 1 tablettá, makacs esetben 2 tablettá.

Gyermekek szokásos adagja az életkornak és testsúlynak megfelelően arányosan kevesebb, általában naponta 3–4-szer $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ tablettá.

Bronchológiai előkészítéshez testsúlykg-onként 0,9–3,8 mg-os adagban atropinnal kombinálva, 1 órával a beavatkozás előtt.

A Libexin alkalmazásának semmiféle kellemetlen mellékhatása nincs, megszokást nem okoz.

MEGJEGYZÉS

A tablettát szétrágás nélkül, egészben nyeljük le, mivel szétrágása a száj nyálkahártyáján múló zsibbadást, érzéketlenséget válthat ki.

* Vény nélkül egy alkalommal legfeljebb a legkisebb gyári csomagolás, vagy annak megfelelő mennyiség adható ki.

CSOMAGOLÁS

20 db à 0,1 g tablettá

Térítés: 2,— Ft



**CHINOIN
BUDAPEST**



ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:

ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BRAUN PÁL DR.
ECKHARDT SÁNDOR DR.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
OZSVÁTH KÁROLY DR.
PETRI GÁBOR DR.
PETRÁNYI GYULA DR.
RÁK KÁLMÁN DR.

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Munkatársak:
PAPP MIKLÓS DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
BTAGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.
BUDA BÉLA DR.
HONTI JÓZSEF DR.
VÉRTES LÁSZLÓ DR.
HIDVÉGI JENŐ

*

124. ÉVFOLYAM

*

19. SZÁM

*

1983. MÁJUS 8.

TARTALOMJEGYZÉK

Alberth Béla dr.:

Kettesy Aladár (1893—1983) 1111

Csernay László dr., Mester János,
Láng Jenő dr., Gruber Noémi dr.,
Édes István dr.,
Gaál Tibor dr. és Csanády Miklós dr.:

Terheléses szívizom-szcintigráfia
ischaemiás szívbetegségben
(²⁰¹Tl-klorid vizsgálatok) 1113

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Fövényi József dr., Thaisz Erzsébet dr.,
Garas Zsuzsa dr. és Duffek László dr.:

Insulin igény és residuális B-sejt kapacitás
I. és II. típusú diabetes mellitusban 1117

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Machay Tamás dr., Kiszél János dr.,
Tulassay Tivadar dr., Varga József dr.
és Hajdú Júlia dr.:

A meconium-aspiráció szindrómához
társuló apnoe eredete és kezelése 1121

ONKOLÓGIA

Vecsey Dénes dr. és Pánykó Éva dr.:

Hólyagdaganatos betegek kombinált
kezelésével nyert tapasztalataink 1125

IATROGEN ÁRTALMAK

Taraba István dr., Hering Andrea dr.
és Békésy Zsuzsanna dr.:

Peritonealis dialízishez társuló peritonitis
„járvány” 1131

GENETIKA

Tóth Péter dr. és Molnár Emma dr.:

A fejlődési rendellenességek ún. fizikális
szűrése a minor jelek figyelembevételével ... 1135

RITKA KÓRKÉPEK

Pálóczi Katalin dr., Krasznai Géza dr.,
Szakáll Szabolcs dr. és Szegedi Gyula dr.:

Angioimmunoblastos lymphadenopathia
immunoblastos sarcomás transzformációjára ... 1139

Beszámolók, jegyzőkönyvek 1143

Folyóiratreferátumok 1145

Levelek a szerkesztőhöz 1159

Könyvismertetés 1160

Hírek 1162

Pályázati hirdetmények 1168

AUROBIN KENŐCS

ÖSSZETÉTEL

40 mg prednisolonum caproicum, 400 mg lidocainum hydrochloricum, 400 mg dexpanthenolum és 20 mg triclosanum 20 g lemosható kenőcsben.

HATÁS

Az AUROBIN megfelelő arányban tartalmazza a perianalis tájék gyulladásal járó folyamatoknak kezelésében hatékony anyagokat. A prednizolon kaproat helyi hatású, nem halogénezett glukokortikoid. Csökkenti az erek permeabilitását, növeli az erek falának tónusát, csökkenti a gyulladás tüneteit.

A lidocain rövid idő alatt megszünteti a fájdalmat és égő érzést. A pantenol elősegíti a sérült hám regenerálódását. A triclosan széles hatásspektrumú antiszeptikum.

JAVALLATOK

A perianalis tájék gyulladásal járó folyamatai, így pl.: pruritus ani, ekzema et dermatitis perianalis, nodi haemorrhoidalis, fissura ani.

ELLENJAVALLATOK

Vírusinfekció, valamely komponenssel szembeni érzékenység. Egyéb indikáció alapján egyidejű szisztémás lidocain-kezelés.

ALKALMAZÁS

Az érintett területet naponta 2–4 alkalommal kell vékonyan bekenni.

Belső haemorrhoidális nodus esetén borsónyi mennyiséget kell a végbélbe juttatni naponta 2–4 alkalommal.

Egyidejű szisztémás lidocain-kezelés.

MELLÉKHATÁS

Tartós használata esetén bőratrophiát, striákat, hypertrichozist okozhat. Belső haemorrhoidális nodus kezelésekor túlادagolás esetén enyhe bradycardia jelentkezhet.

FIGYELMEZTETÉS

Kiterjedt gyulladás esetén számolni kell a hatóanyagok esetleges felszívódásával, ezért a terhesség első harmadában nem alkalmazható, későbbiekben pedig fokozott óvatosság szükséges.

Szteroid tartalma miatt hosszantartó és folyamatos alkalmazása kerülendő.

Amennyiben a gyulladás fenntartásában gomba szerepe bizonyított, gondoskodni kell az egyidejű specifikus antimikotikus kezelésről.

MEGJEGYZÉS

✱ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

CSOMAGOLÁS

20 g-os tubusban.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRU GYÁR BUDAPEST

Kettesy Aladár

1893–1983

Tanítványai és a Magyar Szemorvostársaság már minden előkészületet megtettek ahhoz, hogy a nagy tanítómester és világhírű szemoperatőr 90. születésnapján, 1983. október 10-én, egy tiszteletére rendezendő tudományos ülésen köszöntsék a tudóst, a nagy gyógyítót és embert. Nem érhetette meg. 1983. január 30-án este csendesen elhunyt.

Szegeden született és ott végezte elemi és középiskoláit is. Orvosi tanulmányait a budapesti egyetemen kezdte és a pozsonyi egyetemen doktorált 1919-ben. Szemészi pályafutása is a pozsonyi szemklinikán indult Imre József professzor gyakorlonokaként.

Még 1919 novemberében Budapestre ment az Állami Szemkórházba, ahol főnöke, a szintén világnagyság Blaskovics László professzor lett. Két év múlva 1921-ben Blaskovics lett a Debreceni Egyetem szemész professzora, s vele jött Kettesy Aladár is, mint tanársegéd. A klinikát azonban gyakorlatilag már ekkor ő vezette. Fiatalon, 1926-ban, 33 éves korában lett professzor.

Kettesy professzor élete és munkássága, Debrecenben töltött 61 éve már történelem. Az a tény, hogy a szemklinikán kívül Debrecenben és Berettyóújfaluban is szemészeti osztályok, rendelőintézetek és szakorvosok állnak a betegek rendelkezésére, mind az ő munkájának köszönhető. Tanítványai közül került ki két egyetemi tanár és hazánk több kórházának vezető szemész főorvosa. Olyan iskolát teremtetett, melynek kisugárzása az egész országra kiterjed. Tíz- és százazrekre tehető azon betegek száma, akik gyógyulásukat, látásukat Kettesy professzornak és tanítványainak köszönhetik.

Német nyelven írt szemészeti műtéttana évtizedekig volt „bibliája” minden operáló szemésznek Európában. E könyv spanyol nyelvű fordításából pedig egész Dél-Amerika szemész társadalma tanul.

Egyetemi tankönyvéből sok ezer orvostanhallgató szerezte meg szemészeti ismereteit. Élettani Optikája pedig ma is nélkülözhetetlen a szakvizsgára készülő szemorvosnak.

Kettesy professzor azon ritka nagy egyéniségek közé tartozott, aki képes volt a szemészet teljesen különböző területein maradandót alkotni.

Eredeti műtéti megoldásainak nagy részét 30–40 év óta módosítás nélkül végezzük. Élettani opti-



kai kutatásai is kiállták az idők próbáját, s ma is minden beteg, aki az országban szemüveget kér, a Kettesy-féle látástábláról tudja meg, milyen a látása.

Néhány szemészeti szövettani megállapítása tankönyvi adattá vált.

Lenyűgöző tudása és kitűnő előadókészsége miatt a legkedveltebb tanárok közé tartozott. Szerette és tisztelte a tudományt és azt igyekezett mindig a betegek javára fordítani.

Még nyugdíjas éveiben is 14 dolgozatban foglalta össze kedves témájának egy életen át gyűjtött tapasztalatait.

Akik ismerték Kettesy Aladárt, tudják, hogy egy rendkívül vonzó, színes egyéniség távozott az élők sorából. Szerette az élet minden szépségét. Teljes életet élt.

A magyar orvostársadalom és sok ezer beteg, kiknek visszaadta a látást, mindig szeretettel és tisztelettel fognak rá emlékezni.



BRADOSEPT®

sebészeti kézfertőtlenítőszer (bemosakodószer)

Korszerű, széles antimikrobiális hatásspektrummal rendelkező készítmény műtéti beavatkozások előtti hatásos kézfertőtlenítéshez.
Bőrkímélő hatóanyag-tartalma folyamatos használat esetén is megakadályozza a bőr kiszáradását.

HATÓANYAG: Benzil-dodecil-bis(2-hidroxietyl)-ammónium klorid (Bradophen® Ciba-Geigy, Basel)

Cetil-piridinium bromid
különböző alkoholokat tartalmazó, enyhén illatosított közegben.

ALKALMAZÁS: töményen, hígítatlanul kell alkalmazni.

Bemosakodáshoz: Szappannal, folyó, meleg vízzel végzett kézmosás, körömtölettel után:
5×1 perces bemosakodás, percenként 5 ml készítménnyel.

Bemosakodási idő: 5 perc.

Bradosept szükséglet: 25 ml.

Műtétek közötti átmosakodáshoz: 3×1 perces, percenként 5 ml készítménnyel.

Átmosakodási idő: 3 perc.

Bradosept szükséglet: 15 ml.

A készítmény nem keverhető szappannal vagy más anionaktív tisztítószerrel!

CSOMAGOLÁS: 1 literes műanyag flakonban.

AR: 65 Ft/l.

Gyártja: **UNIVERSAL Szövetkezet, Szeged**
Forgalomba hozza: Gyógyért, Budapest



BRADOSAN®

higiénés kézfertőtlenítőszer

Korszerű, tisztító hatású, széles antimikrobiális spektrumú kézfertőtlenítő szer fekvő- és járóbeteg-ellátó intézményekben a vizsgálatok, kisebb beavatkozások, a betegápolás, beteggondozás során szükséges kézfertőtlenítéshez.

Bőrkímélő hatóanyag-tartalma folyamatos használat esetén is megakadályozza a bőr kiszáradását.

HATÓANYAG: Benzil-dodecil-bis(2-hidroxietyl)-ammónium klorid (Bradophen®, Ciba-Geigy, Basel)
alkoholos közegben

ALKALMAZÁS: töményen, hígítatlanul kell felhasználni.

5 ml készítménnyel a kéz, illetve az alkar bőrét be kell dörzsölni.

Behatási idő: 30 másodperc.

A készítmény nem keverhető szappannal, vagy más anionaktív tisztítószerrel!

CSOMAGOLÁS: 1 literes műanyag flakonban.

AR: 60 Ft/l.

Gyártja: **UNIVERSAL Szövetkezet, Szeged**
Forgalomba hozza: Gyógyért, Budapest

Terheléses szívizom-szcintigráfia ischaemiás szívbetegségben (^{201}Tl -klorid vizsgálatok)

Szegedi Orvostudományi Egyetem Központi Izotópdiaosztikai Laboratórium
(vezető: Csernay László dr.)

II. Belgyógyászati Klinika (igazgató: Cserhádi István dr.)

Önálló Szívsebészeti Osztály (vezető: Kovács Gábor dr.)

A szerzők egy, két vagy három ágra lokalizálódó koronáriszűkületek okozta átmeneti hipoperfúzió igazolására alkalmas, terheléssel egybekötött, ^{201}Tl -kloriddal végzett szívizom-szcintigráfias eljárást ismertettek. Klinikai szempontból koronáriszűkületre gyanús 62 ischaemiás szívbeteg közül 25 esetben igazolták és lokalizálták a szubmaximális ergometriás terhelés okozta tranzitorikus balkamra-ischaemiát. A terheléses szívscintigramok eredményeit az elvégzett koronarográfia eredményeivel 27 betegen összehasonlították. Az eljárás szenzitivitását 80%-nak, specificitását 92%-nak találták. Az irodalom és kedvező eredményeik alapján a vizsgálat elvégzését ajánlják a hazai kardiológiai centrumokban.

Myocardial-scintigraphic exercise test in ischemic heart diseases (^{201}Tl -chloride tests). To confirm the transitory hypoperfusion due to coronary stenosis localized to 1,2 or 3 branches the authors describe a myocardial scintigraphic method which was performed with ^{201}Tl -chloride and combined with exercise test. Transitory ischemia of the left ventricle caused by submaximal ergometric exercise has been confirmed and localized in 25 cases with 62 patient who suffered from ischemic heart disease and coronary stenosis was suspected from clinical viewpoint in their case. Results of the cardiac scintigraphy exercise tests were compared with the results of the coronarography performed with 27 patients. The sensitivity of the method was found to be 80% and its specificity 92%. On the basis of the literature and their favourable results the authors recommend the use of this examination method in the Hungarian centres of cardiology.

A ^{201}Tl -kloriddal végzett szívizom-szcintigráfia alkalmas eljárás a szív ép balkamra-falának ábrázolására, a friss és lezajlott szívizominfarktusok felismerésére, pontos lokalizálására, a tartósan ischaemiás terület nagyságának becslésére. A módszer hatékonyságáról, klinikai teljesítőképességéről hazánkban elsőként az Orv. Hetil. hasábjain számoltunk be (1).

Az eljárás elvi alapját a thalliumnak mint káliumanalagon elemnek a jól perfundált szívizomrostok és az extracellularis tér közötti gyors cseréje képezi. Amennyiben a ^{201}Tl -klorid befecskendezésekor a bal kamra valamely izomterülete ischaemiás vagy hegesedett, a kálium-thalliumcsere e területen nem, vagy csak csökkent mértékben jöhet létre és ezért a készített szcintigráfias felvételeken e területek csökkent aktivitással ábrázolódnak. Ugyanez a jelenség jön létre akkor is, ha egy vagy több koronária-fóág terhelésre hemodinamikailag is hatásossá váló organikus szűkülete vagy koronária-spazmus következtében a balkamra-izomzat adott területe(i) átmenetileg abszolút vagy relatív módon hipoperfundált lesz. A vizsgálati módszerek közötti különbséget csupán az előre tervezett, általában ergometriás (kerékpár-ergométer) terhelés alkalmazása jelenti. Ennek alapján különböztetjük meg az

ún. *nyugalmi* és a *terheléses* szívizom-szcintigráfias vizsgálatokat.

1974 óta világszerte egyre szélesebb körben alkalmazzák a terheléses szívizom-szcintigráfiát, mint a terheléses EKG-t kiegészítő noninvaszív eljárást (2, 3, 4, 5). A Szegedi Orvostudományi Egyetem Központi Izotópdiaosztikai Laboratóriumában 1979 óta végzünk terheléssel egybekötött ^{201}Tl -klorid szívizom-szcintigráfias vizsgálatot (6, 7). Közleményünkben elsőként számolunk be az eljárással szerzett hazai tapasztalatokról.

Betegek és módszer

1979-től 1982 nyaráig 62, klinikailag koronáriabetegeként kezelt egyént vizsgáltunk (51 férfi, 11 nő). A betegek átlagéletkora 46 év ($\text{SD} \pm 10$ év); a legfiatalabb 18, a legidősebb 61 éves volt. 6 beteg anamnézisében 3 hónapnál régebbi miokardiális infarktus szerepelt. Valamennyi betegnél, beleértve az említett 6 esetet is, a jellegzetesnek tartott fájdalom (angina pectoris) és/vagy a nyugalmi, illetve a terheléses EKG alapján indikáltuk a vizsgálatot.

A hagyományos vizsgálóeljárások eredményei alapján a betegek csaknem felénél végeztünk koronarográfias vizsgálatot. Ezen 26 beteg koronarográfiajának eredménye alapján értékeltük a nukleáris vizsgálat klinikai teljesítőképességét. A koronarográfia és a terheléses ^{201}Tl -klorid szívizom-szcintigráfia elvégzése között egy esetben sem telt el egy hónapnál hosszabb idő.

1. táblázat

Koronarográfia 201 _{Tl} klorid	Pozitív	Negatív
Pozitív	12	1
Negatív	3	11

Ergometriás terhelés és szcintigráfias vizsgálat

A betegeken 12 órás éhezés után, a délelőtti órákban 12 elvezetéses nyugalmi EKG-t készítettünk, majd vena cubitalisukba vékony kanült helyeztünk. A szokványos módon, EKG- és vérnyomás-ellenőrzés mellett végzett, az életkornak megfelelő szubmaximális kerékpár-ergométeres terhelést az előre tervezett szint elérésekor, a beteg fizikai kimerülésekor, kóros EKG-eltérések megjelenésekor, esetleg tenziókiugráskor vagy anginás fájdalom jelentkezésekor fejeztük be. Bármely okból hagytuk abba a terhelést, annak végleges megszakítása előtt 30 másodperccel 74 MBq (2 MCi) ²⁰¹Tl-kloridot fecskendeztünk a betegbe a kanülon át. A radioaktív anyag beadása után kb. 10 perccel kezdtük el minden esetben a szcintigráfias vizsgálatot.

Gammakamerával (Pho/Gamma III., illetve MB-9100) három irányból (anterior, 45° elülső balferde, lateralis) készítettünk polaroid- vagy röntgenfelvételt paralelfurattal, jó feloldású kollimátorral. Az egyes felvételeket 75 KeV-es fotócsúcson, 25%-os ablakszélességgel, 300 000 impulzus vagy a szívizom vetületében 1500 impulzus/cm² érték eléréséig végeztük. A lateralis irányú vizsgálatkor a betegeket a jobb oldalukra fektettük, hogy a bal kamra hátsó falát a képeken jobban megítélhessük.

Amennyiben patológiásnak tartható, csökkent aktivitású területet vagy annak gyanúját észleltük a képeken, úgy a szcintigráfias felvételeket 4–6 óra elteltével, változatlan mérés technikai paraméterekkel ismételtük meg.

A felvételek értékelése

A mindig három irányból készített képeket az általánosan elterjedt séma (a különböző koronáriaágak által ellátott falterületek lokalizációja) segítségével együttesen értékeltük. A „nyugalmi” vizsgálatához hasonlóan, a jól kirajzolódó, általában homogén ábrázolódó balkamrafal-részleteken belül, csökkent aktivitású terület(ek)et igyekeztünk felismerni. A képek leírásában ilyen területek jelenlétét (nagyságát és elhelyezkedését), ezek hiányát, illetve a késői felvételeken (4–6 óra) az előzőleg csökkent aktivitású területek aktivitásváltozásait rögzítettük.

Eredmények

A terheléses szcintigráfias vizsgálatok korai felvételeinek minősége általában lényegesen felülmúlta a nyugalmi vizsgálatkor megszokottat. Amennyiben a tervezett terhelést valamely ok miatt nem kellett előbb felfüggeszteni, úgy a balkamrafal-részletek mellett anterior, valamint 45° elülső balferde irányból a képeken a jobb kamra falának körvonala is megjelent. A nyugalmi vizsgálatokkal

szemben a gasztrointestinális traktus thallium-aktivitását kifejezetten alacsonyabbnak észleltük.

A 62 vizsgált beteg közül 25-ben találtunk a terhelést követő első felvételsorozat képein perfúziós defektust. Az esetek felében a tervezett terhelést nem sikerült elérnünk. Az idő előtti megszakítás általános oka anginás fájdalom és patológiás EKG-eltérés egyidejű jelentkezése volt.

32 esetben zárult vizsgálatunk negatív eredménnyel. E betegek több mint felében elértük az előre tervezett terhelési szintet, de számos esetben észleltünk kifejezett EKG-eltérést, sőt, egyidejűleg kialakult fájdalmat is.

A 25, pozitív eredménnyel végződött vizsgálatból a késői felvételeken 19 esetben észleltük a körülrít aktivitáscsökkenés eltűnését, vagy jelentős mérséklődését. A korai és késői felvételek között 6 esetben nem találtunk értékelhető különbséget. Ez utóbbi esetekben a perfúziós defektust az anamnézisben szereplő régi, hegyszövettel gyógyult szívizominfarktussal magyaráztuk.

A terheléssel egybekötött szívizom-szcintigráfias vizsgálatra a betegek kiválasztása koronária-szűkület klinikai gyanúja alapján történt. A kiválasztás szubjektivitásának ismeretében a közel 40%-os vizsgálati pozitívitást kielégítőnek tartjuk.

27 esetben koronária-szűkület alapos klinikai gyanúja miatt végeztünk koronarográfiát. A terheléses szívizomszcintigráfia, a terheléses EKG-vizsgálat eredményeit a koronarográfia eredményeivel hasonlítottuk össze a nukleáris kardiológiai eljárás klinikai teljesítőképességének objektív megítélése céljából. Összehasonlító vizsgálataink eredményeit az 1. táblázatban mutatjuk be.

Koronarográfiával negatívnak bizonyult 12 esetből az EKG 10, a terheléses szívizom-szcintigráfia 11 betegben volt ugyancsak negatív eredményű, csupán egy esetben láttunk perfúziós defektust. A

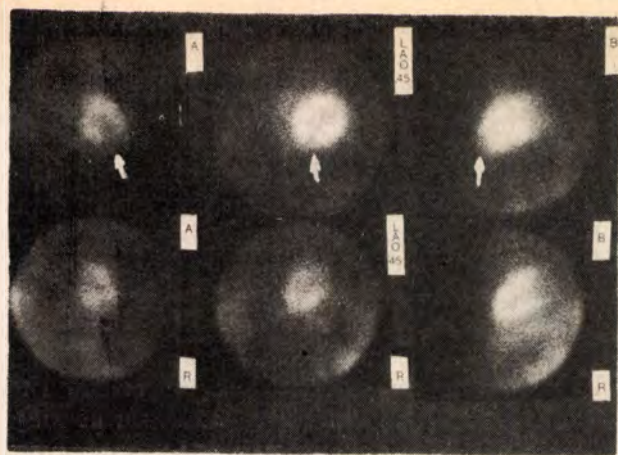
2. táblázat

	Életkor (év) BKT RDA RCX JK 201 _{Tl} EKG Megj.					
1 ág	58			100	+	+
	43	100			+	+
	51	90			+	+
	48	90			+	—
	50	sp.		70	+	+
	40	70			+	+
2 ág	39			100	90	+
	50	75			100	+
	49	70			90	+
	48	90	50		—	+
	50	70	70		—	+
						MI
3 ág	50	70	70	100	+	+
	39	50	50	50	—	+
4 ág	45	90	70	70	70	+

Jelmagyarázat:

BKT = bal koronária közös törzs
RDA = ramus descendens anterior
RCX = ramus circumflexus
JK = jobb koronária
MI = miokardiális infarktus

Az utolsó beteg kivételével a táblázatban férfibetegek szerepelnek



T. J. 54 éves férfi

Nyugalmi EKG: normális.

Szubmaximális terhelés: EKG: ischaemiás jelek, a terhelés során anginós fájdalom

²⁰¹Tl szcintigráfia:

alapfelvétel: mindhárom felvételi irányból apikális perfúziós defektus

4 órás felvétel: a perfúziós defektus eltűnt

terheléses EKG 2 betegen volt kóros, az EKG-pozitivitás azonban nem esett egybe a pozitív szívizom-szcintigráfiával.

A koronarográfiával pozitívnak bizonyult 15 betegünk életkorát, koronarográfiás, szívizom-szcintigráfiás, valamint terheléses EKG-vizsgálatának eredményeit a 2. táblázatban tüntettük fel. A betegeket a koronarográfiával kimutatott főágsszűkületek száma szerint csoportosítottuk. A koronarogramok ismételt, gondos analízise után a verifikált szűkületek nagyságát az irodalomban szokásos módon, százalékban adtuk meg. Szignifikánsnak az 50%-nál nagyobb szűkületeket tekintettük és táblázatunkban csupán ezeket tüntettük fel. A 15 esetből 3 alkalommal találtuk normálisnak a terheléses szívizom-szcintigráfia eredményét. A 3 betegből kettőben 2 ágra, egyben 3 ágra lokalizálódó koronária-szűkület fordult elő.

A terheléses EKG-vizsgálat eredménye a 15-ből ugyancsak 3 esetben volt negatív, betegeink azonban különböztek a szívizom-szcintigráfiával negatívnak talált esetektől. Az ischaemia tranzitórikus voltára jellemző késői (5–6 órás) ²⁰¹Tl redistribúciót, 3 beteget kivéve (ezeket a 2. táblázat Megjegyzés rovatában megjelöltük), egyértelműen észleltük.

Az invazív koronarográfiát összehasonlításra alkalmas objektív eljárásnak elfogadva, a terheléses ²⁰¹Tl szívizom-szcintigráfia szenzitivitását 80%-nak, specificitását 92%-nak találtuk anyagunkban. A terheléses EKG-vizsgálat ugyancsak a koronarográfiára vonatkoztatott szenzitivitása megegyezett a szcintigráfiáéval, specificitását valamivel találtuk csak kisebbnek (83%). A két noninvazív eljárás diagnosztikai teljesítőképessége között anyagunkban szignifikáns különbséget nem észleltünk.

Megbeszélés

A ²⁰¹Tl-klorid terheléses szívizom-szcintigráfia módszertana az utóbbi időben egységessé vált (8). A radioaktivitás mennyisége, a felvételi irányok lényegében megegyeznek a terhelés nélkül végzett,

ún. nyugalmi vizsgáloeljáráskor alkalmazottakkal. Az éhgyomros állapotot nemcsak a vizsgálat megkezdése előtt, hanem a korai és ún. késői felvételek között is kívánatos, bár egyes szerzők szerint a thallium redistribúciójának megítélését a két vizsgálat között fogyasztott kis mennyiségű étel nem befolyásolja (9).

A terhelést, a thallium befecskendezését követően az első felvételek megkezdésének időpontja 3–15 perc között mozog (3, 10, 11). A terhelés kiváltotta tranzitórikus ischaemia a thallium szívizomban történő megoszlását döntően meghatározza, szokványosan az első félóránban a thallium redistribúciója nem túl gyors, ezért a hipoperfúzió megszűnte után a csökkent aktivitású terület az első felvételek időszakában még nem telődik vissza. Rövid ideig tartó hipoperfúzió, gyors redistribúció és szerencsétlen sorrendű felvételi irány választás esetén a 30. perc körül befejeződő harmadik irányú felvételen az előzőleg kialakult, de már megszűnt perfúziós defektus ronthatja a vizsgálat szenzitivitását (10, 12).

Ezért azt ajánljuk, hogy elsőnek az egyéb adatokból gyanús falterület megítélésére alkalmas irányt kell választani, ilyen információ hiányában Logic a 45°-os elülső balferde felvétel elkészítését javasolja, mert a bal kamra izomtömegének legtöbb részletét ez a kép tartalmazza (13).

A terheléses vizsgálat fontos kérdése, hogy az első felvételsorozat alkalmával észlelt perfúziós defektus(ok) a továbbiakban miként változik. A későbbi időpontokban a thallium redistribúciója miatt eltűnt vagy csökkent mértékű defektus a beadás időpontjában fennálló, tranzitórikus ischaemia alapvető bizonyítéka. Ha a patológiás aktivitáscsökkenés órák múlva is változatlanul kimutatható, úgy azt elsősorban lezajlott, hegyszövetképződéssel járó miokardiális infarktus okozza. Joggal vitatott a thallium redistribúciójának megítélésére legalkalmasabb időpont kiválasztása, hiszen ezt mérés technikai és biológiai szempontok egyaránt befolyásolhatják. A vizsgálok általában egy alkalommal, 4–6 óra múlva ismétlik meg a felvételsorozatot, de ajánlanak két, sőt három különböző időpontban végzett felvételismétlést is, elsősorban a lassan mégis telődő kiesések természetének eldöntésére (10, 14). Egyesek individuálisan, az adott beteg korai, majd első ismételt vizsgálatatainak eredménye alapján döntenek további felvételek szükségességéről (10).

A képek, illetve képsorozatok értékelését általában szubjektíve végzik, de számítógéppel támogatott szemikvantitatív értékelés kidolgozására több munkacsoport is törekszik (10, 15, 16, 17). Az emisziós komputer tomográfia bevezetése a thalliummal végzett szívizom-szcintigráfia teljesítőképességét jelentősen javítja (18). Ugyancsak növeli a vizsgálat szenzitivitását speciális, hétfuratú kollimátor alkalmazása (19).

A vizsgálat igen lényeges eleme az ergometriás terhelés mennyiségi tervezése, adekvát kivitelezése. Alulméretezett terhelés kifejezetten rontja az eljárást teljesítőképességét (20), túlméretezése vagy erőszakolt folytatása a vizsgált személyre jelenthet veszélyt. Kardiológiai centrumokban a szubmaximális

terhelés tervezése és végrehajtása nem jelent problémát. Azoknál az egyéneknél, akik anamnézisében régi miokardiális infarktus szerepelt, a terhelést különleges körülményekkel terveztük meg. A vizsgálatainkban szereplő 6 beteg az infarktust követő rehabilitáció, a rendszeres tréninggyakorlatok során elérte az életkorának megfelelő szubmaximális terhelhetőségi szintet. Az ezt követően kialakult újabb anginás panaszok miatt a vizsgálat során alkalmazott terhelést ezért akár szubmaximális szint eléréseig sem tartottuk kontraindikáltnak. Általában régi infarktus esetében, újabb anginás panaszok jelentkezésekor, ha az ergometriás terhelés bármely kontraindikációja fennáll, a terheléses TI-szívizom-szcintigráfiás vizsgálatról értelemszerűen el kell tekinteni. Igen fontos, hogy a terhelés bármely okból történő befejezése előtt 30 mp-cel történjék meg a radioaktív anyag befecskendezése. A vizsgálat sikere érdekében egyesek fontosnak tartják, hogy az ischaemiás fájdalom prevenciójára szedett koronáriátágítók adását a vizsgálat előtti napon szüneteltessék (9).

Az utóbbi években jelentős számú beteg vizsgálatával szerzett tapasztalatok alapján a terheléses szívizom-szcintigráfia mint egyszerű, noninvazív eljárás világszerte elterjedt. A módszer globális teljesítőképességéről elég eltérő eredményeket publikáltak. Az eljárás szenzitivitását 73–100%-nak, specificitását 56–100%-nak találták (8, 11, 14, 17). Vizsgálati eredményeink a kedvezőbb nemzetközi tapasztalatoknak felelnek meg.

A teljesítőképességet jelentősen befolyásolja, hogy az ischaemiás fájdalmat, a klinikai tüneteket előidéző érelváltozások a nagy koronáriaágakon, vagy a másod-, harmadrendű ágakon helyezkednek-e el, illetve, hogy a nagyobb koronáriaágak közül egy vagy több éren fordul-e elő hemodinamikailag hatásos, relatív hipoperfúziót fenntartó szűkület. A csupán kis ágakra lokalizálódó érelváltozások igazolására, felismerésére a thalliumos szívizom-szcintigráfia alkalmatlan. Idős kori, dominánsan a kiságakra terjedő koronáriszűkület a terhelésre jelentkező ischaemiás fájdalom ellenére negatív szcintigráfiás eredménnyel járhat, hiszen a csaknem azonos mértékben hipoperfundált balkamraizomzatban az aktivitáseloszlás homogén. Az egy koronáriaágra lokalizálódó szignifikáns (50%-nál nagyobb) szűkület okozta hipoperfúzió igazolása és lokalizálása jobb eredménnyel kecsegtet, mint három ágra terjedő, közel egyenletes szűkületek egymás melletti kimutatása (11). Az utóbbi időben olyan közlések is megjelentek, amelyek szerint a három ágon egyidejűleg előforduló szignifikáns szűkületek kimutatása nem nehezebb feladat, csupán a pontos lokalizálás és a hipoperfúzió mértékének megítélése bizonytalanabb (21, 22). Anyagunkban

a két vagy három ágra terjedő szűkületek kimutatási biztonságában nem láttunk egyértelmű különbséget. Mindkét csoportban fordult elő téves negatív eredmény. Az eljárás teljesítőképességének megítélését az is befolyásolhatja, hogy a vizsgálók egy része az 50%-ot, másik része csak a 75%-ot elérő koronáriaág-szűkületet tartja szignifikánsnak és ehhez hasonlítja a terheléses szívizom-szcintigráfia eredményeit (16, 17, 21).

A terheléses szívizom-szcintigráfia és a terheléses EKG eredménye között anyagunkban nem találtunk említésre méltó különbséget. Nem kétséges, hogy egy kevésbé szelektált betegcsoportban a terheléses EKG specificitása (egyesek szerint még a szenzitivitása is!) elmarad az ugyancsak noninvazív terheléses szívizom-szcintigráfiától (14, 17). A jelentős árcsökkenés ellenére a ^{201}Tl -kloriddal végzett terheléses szívizom-szcintigráfia viszonylag drága és eszközigényes módszer, hazai alkalmazását azokban a centrumokban tartjuk csak gazdaságosnak és célravezetőnek, amelyekben adekvát indikáció esetén koronarográfia végezhető vagy melyek szoros szakmai kapcsolatban állnak ilyen centrumokkal. Az eljárás célja a sok ischaemiás szívbeteg közül azon betegek kiválasztása, akiknek további invazív vizsgálata (koronarográfia) koronáriasebészti megoldás reményében etikailag is indokolt. Biztató és szerencsés az a tény, hogy a terheléses EKG és a terheléses ^{201}Tl -klorid szívizom-szcintigráfia együttes klinikai teljesítőképessége biztosan meghaladja a 90%-ot (11) és így objektív alapot teremt a hazánkban még kevés helyen végezhető invazív koronarográfia indikációjának felállításához.

IRODALOM: 1. Csernay L. és mtsai: Orv. Hetil. 1982, 123, 75. — 2. Jambroes, G. és mtsai: Circulation 1975, 52, suppl. 2, I–III. — 3. Ritchie, J. L. és mtsai: Am. J. Cardiol. 1978, 42, 345. — 4. Bailey, I. K. és mtsai: Circulation 1976, 55, 79. — 5. Blood, D. K. és mtsai: Circulation 1978, 58, 777. — 6. Gruber N. és mtsai: Előadás. Magyar Kardiológusok Társasága tud. ülése, Balatonfüred 1980. — 7. Gruber N. és mtsai: Előadás. Magyar Kardiológusok Társasága tud. ülése, Balatonfüred, 1982. — 8. Leppo, A. és mtsai: Seminars in Nucl. Med. 1980, 10, 115. — 9. Maddahi, J. és mtsai: Circulation 1981, 64, 924. — 10. Wackers, F. J. Th. és mtsai: Seminars in Nucl. Med. 1980, 10, 127. — 11. Hör, G.: Nuklearmedizin 1979, 2, 12. — 12. Pohost, G. M. és mtsai: Nucl. Med. 1978, 17, 149. — 13. Logic, J. R.: Clin. Nucl. Med. 1981, 6, 110. — 14. Pohost, G. M. és mtsai: Sem. Nucl. Med. 1980, 10, 70. — 15. Watson, D. D. és mtsai: J. Nucl. Med. 1981, 22, 577. — 16. Hör, G. és mtsai: Eur. J. Nucl. Med. 1979, 4, 343. — 17. Sonnemaker, R. E. és mtsai: Radiology 1979, 131, 199. — 18. Holman, B. L. és mtsai: J. Nucl. Med. 1979, 20, 736. — 19. Vogel, R. A. és mtsai: J. Nucl. Med. 1978, 19, 648. — 20. Beller, G. A. és mtsai: Off. J. Am. Heart Ass. 1981, 50, 43. — 21. McKillop, F. H.: J. Nucl. Med. 1979, 20, 715. — 22. Massie, B. M. és mtsai: Am. J. Cardiol. 1979, 44, 616.

FÖVÉNYI JÓZSEF DR.,
THAISZ ERZSÉBET DR.,
GARAS ZSUZSA DR.,
ÉS DUFFEK LÁSZLÓ DR.

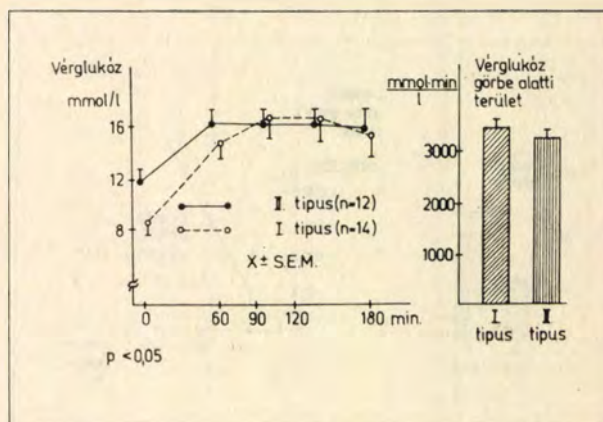
Inzulin igény és residualis B-sejt kapacitás I. és II. típusú diabetes mellitusban

Fővárosi Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet „B” Belgyógyászati Osztály
(főorvos: Fővényi József dr.)
Iszotóp Laboratórium (főorvos: Garas Zsuzsa dr.)

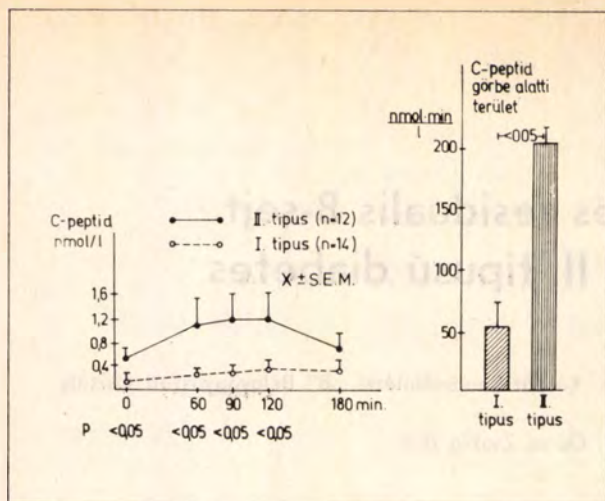
26 inzulin-dependens diabeteses betegen (közülük 14 I. típusú — juvenilis — 12 pedig II. típusú — érettkori — de sulfanylureára nem reagáló eset volt) vizsgálták standard reggeli után (1 zsemle, 10 g vaj, 200 ml tej, 1 tojás) a vérglukózt, a C-peptid választ és az inzulin-kötő antitestek relatív szintjét. II. típusú diabetesesek éhomi vérglukóz értékei jelentősen magasabbak voltak, mint az I. típusú betegeké ($11,9 \pm 3,3$, illetve $8,6 \pm 3,3$ nmol/l; $p < 0,05$). Ezzel szemben nem találtak különbséget a két csoport között a vérglukóz görbékben, a görbe alatti területekben, a diabetes tartamában és az inzulin-kötő antitestek relatív szintjében. II. típusú diabetesesek testsúlya jelentősen magasabb volt ($125 \pm 13\%$, szemben a $101 \pm 4\%$ -kal; $p < 0,001$). C-peptid görbéjük lényegesen magasabban futott ($p < 0,05$) és a görbe alatti területek is meghaladták az I. típusú diabetesesekét. (209 ± 251 , illetve 53 ± 69 nmol. min/l; $p < 0,05$). II. típusú diabetesesek inzulinigénye is jelentősen magasabb volt ($87,7 \pm 43,7$, illetve $44,7 \pm 14,5$ N. E.; $p < 0,01$). A C-peptid görbe alatti területek és az inzulinigény között jelentős pozitív irányú kapcsolatot találtak ($r = 0,559$; $p < 0,01$).

Insulin requirement and Residual B-Cell Function in Type 1. and 2 Diabetes mellitus. Twenty-six insulin dependent diabetics (fourteen Type 1. and twelve Type 2, unresponsive to sulphonylureas) underwent oral load by standard breakfast (one roll, 10 g butter, 200 ml milk and one egg). C-peptide secretion, blood glucose and relative value of circulating insulin antibodies (IA) were determined. Type 2 diabetics had higher fasting blood glucose values ($11,9 \pm 3,3$, to $8,6 \pm 3,3$ nmol/l; $p < 0,05$), nevertheless no differences have been found in blood glucose curves, under-curve areas, duration of diabetes and IA between two groups of patients. Body weight of Type 2 diabetics have been found higher (125 ± 13 to 101 ± 4 ; $p < 0,001$). C-peptide curves of Type 2 diabetics run significantly higher ($p < 0,05$), and the under-curve areas were greater (209 ± 251 to 53 ± 69 nmol. min/l; $p < 0,05$). The insulin-requirement of Type 2 patients was also higher ($87,8 \pm 43,7$ to $44,7 \pm 14,5$ IU; $p < 0,01$). C-peptide areas correlated significantly with insulin-requirement ($r = 0,559$; $p < 0,01$). The insulin-requirement of diabetics seems to be determined neither by residual B-cell function, nor by IA, but mainly probably by insulin sensitivity of tissues.

1970-ben Melani és mtsai (9) írták le először a C-peptid meghatározást és az azóta elvégzett széles körű vizsgálatok bebizonyították, hogy még juvenilis (I. típusú) diabetes mellitusban is évekkel, sőt, évtizedekkel az inzulin terápia bevezetése után számos esetben kimutatható B-sejt működés (1, 3, 4, 5, 7, 8). Több szerző összefüggést talált a residualis B-sejt funkció és a diabetes mellitus stabilitása között (5, 8, 9, 10), amennyiben a C-peptid szint és az inzulinigény között többnyire inverz kapcsolat mutatható ki. A magasabb C-peptid válasszal rendelkező betegeken pedig általában nagyobb anyagcsere-stabilitás és kisebb ketózishajlam észlelhető. A hazai irodalomban elsősorban Gerő széles körű vizsgálatai (4, 5, 6) ismertek és ugyancsak ő írta le elsőként (5), hogy érettkori (II. típusú) diabetes melli-



1. ábra: Vérglukóz értékek standard reggélivel történt orális terhelés után I. és II. típusú diabetes mellitusban és a görbe alatti területek



2. ábra: C-peptid értékek standard reggelivel történt terhelés után I. és II. típusú diabetes mellitusban és a görbe alatti területek

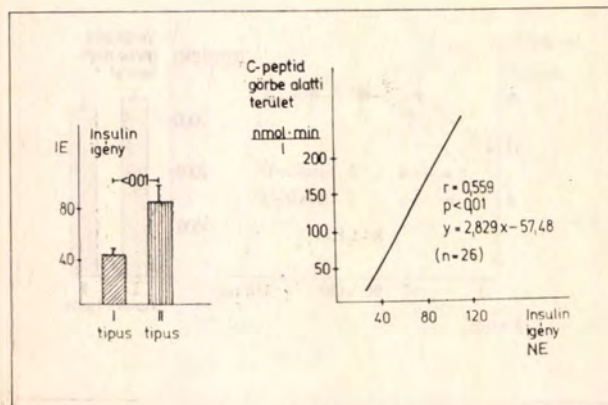
tusban szenvedő 3 „Spätversager” betege a viszonylag magas inzulinigény ellenére normális feletti C-peptid elválasztást mutatott.

Az utóbbi adatot leszámítva nemigen található az irodalomban olyan vizsgálat, mely a II. típusú inzulin-dependens diabetesesek residuális B-sejt működését mélyebben elemezte volna. Ezért vizsgálataink során a következő kérdésekre kívántunk választ kapni:

- II. típusú inzulin-dependens (sulfanylurea késői resistens, „Spätversager”) diabetes mellitusban milyen a C-peptid secretio?
- I. és II. típusú inzulin-dependens diabetes mellitusban különbözik-e
 - a C-peptid secretio,
 - az inzulinigény.
- I. és II. típusú inzulin-dependens diabetes mellitusban milyen összefüggés található
 - az inzulinigény és a C-peptid secretio között,
 - az inzulinigény és az inzulinkötő antitestek relatív szintje között.

Módszereink és betegeink

14 juvenilis (I. típusú) és 12 érettkori (II. típusú) sulfanylurea késői resistens („Späversager”) inzulin-



3. ábra: I. és II. típusú diabetesesek inzulinigénye és az inzulinigény és a C-peptid görbe alatti területek közötti összefüggés

1. táblázat. I. és II. típusú diabetesesek adatai

	Név	Nem	Kor (év)	Diabetes mellitus tartam (év)	Inzulin igény (NE)
I. típusú diabetes mellitus	L. L.	nő	67	8	32
	K. A.	nő	52	22	44
	F. R.	nő	44	8	44
	Sz. Gy.	ffi	28	1	32
	S. Zs.	nő	28	1	26
	G. J.	ffi	54	12	52
	J. I.	ffi	54	2	50
	Z. J.	nő	49	20	52
	K. M.	nő	55	5	56
	T. P.	nő	30	6	52
	P. S.	nő	28	7	68
	B. A.	nő	52	46	36
	K. J.	nő	46	15	44
	M. L.	nő	29	8	68

ÁTLAG	44	11	47
-------	----	----	----

II. típusú diabetes mellitus	C. S.	ffi	69	12	36
	T. L.	nő	60	12	140
	K. A.	nő	69	6	80
	K. M.	nő	58	4	40
	É. F.	nő	58	16	44
	E. S.	nő	62	12	76
	F. L.	nő	54	3	36
	K. A.	nő	65	16	140
	F. S.	nő	51	12	90
	F. E.	nő	52	9	100
II. típusú diabetes mellitus	S. Gy.	nő	69	10	160
	G. J.	nő	68	8	110

ÁTLAG	61	10	88
-------	----	----	----

nal kezelt cukorbetegén végeztük vizsgálatainkat. A betegek nemét, korát, a diabetes mellitusuk tartamát és a kezelésük során alkalmazott inzulin adagját 1. táblázatunk mutatja be.

A betegeken 10 órás éhezést követően standard reggelivel (1 zsemle, 10 g vaj, 200 ml tej és 1 tojás; összetétele 40 g szénhidrát, 21 g fehérje, 21 g zsír) orális terhelést végeztünk. A terhelés előtt, valamint után 60, 90, 120 és 180 perccel meghatároztuk a vérglukóz (GOD-POD, PAP módszer laboratóriumi automatával) és a serum C-peptid (Byk-Mallinckordt RIA kit-tel) szintjét, valamint még éhómra az inzulinkötő antitestek relatív plazma szintjét (Isotest RIA kit-tel). A vérglukóz és C-peptid görbék alatti területeket planimetriás módszerrel kiszámítottuk. Az egyes görbék közötti eltéréseket Student-féle 2 mintás t-tesztel elemeztük és vizsgáltuk a C-peptid görbe alatti területek és az inzulinigény közötti kapcsolatot.

Eredményeink

A vérglukóz éhomi szintje II. típusú diabetes mellitusban jelentősen meghaladta az I. típusú cu-

2. táblázat. I. és II. típusú diabetesesek testsúlya és az inzulinkötő antitestek relatív plazmaszintje

	n	Testsúly a normális súly %-ában	Inzulinkötő antitestek relatív szintje %
I. típusú diabetesesek	14	101 ± 4	35 ± 20
II. típusú diabetesesek	12	125 ± 13	42 ± 18

] p < 0,001

korbetegeket. Ugyanakkor a vérglukóz görbék lefutásában és a görbék alatti területekben nem találtunk eltérést (1. ábra).

Nem találtunk eltérést a kétfajta diabeteses csoport között a diabetes mellitus tartományában (1. táblázat) és az inzulinkötő antitestek relatív szintjében sem (2. táblázat). Viszont a II. típusú cukorbeteg testtömege jelentősen magasabb volt, mint az I. típusú diabeteseseké (2. táblázat), ami egyúttal azt is jelenti, hogy az előbbieknél kövérebbek, az utóbbiak normális súlyúak voltak. A II. típusú cukorbeteg életkora is természetesen magasabb volt, de részben ez képezte a felosztás szempontját.

A II. típusú diabetesesek C-peptid görbéi a 0., 60., 90. és 120. percben jelentősen magasabb szinten futottak, mint az I. típusúaké. Ugyanígy a C-peptid görbe alatti területek is szignifikánsan magasabbnak bizonyultak II. típusú diabetes mellitusban (2. ábra).

A II. típusú diabetesesek inzulinigénye is jelentősen meghaladta az I. típusú cukorbetegét. A C-peptid görbe alatti területek és az inzulinigény között szignifikáns pozitív korrelációt találtunk (3. ábra).

Ugyanakkor nem találtunk összefüggést sem az inzulinigény és az inzulinkötő antitestek relatív szintje, sem pedig az utóbbi és a C-peptid válasz között.

Megbeszélés

Az a tény, hogy a II. típusú diabetesesek inzulinigénye jelentősen meghaladta az I. típusú betegeké, végeredményben nem új, hiszen az érettkori diabetes mellitus egyik oka éppen a szövetek inzulin rezisztenciája, mely egyaránt vonatkozik az endogén és az exogén inzulinra. Bár elméleti megfontolások alapján várható (és ez képezte munkahipotézisünket is), mégis az irodalomban nem kellően hangsúlyozott az a másik észlelésünk (2), mely szerint a magasabb inzulinigényű II. típusú diabetesesek residualis B-sejt aktivitása is jelentősen meghaladta az I. típusúakét. Véggépp ellentmond az irodalomnak az az eredményünk, hogy ez a magasabb C-peptid secretio nem eredményez a betegeken jobb anyagcsere-paramétereket, amennyi-

ben a II. típusú diabetesesek éhomi vérglukóz értékei jelentősen meghaladták az I. típusúakét.

Ugyanígy mértékben eltér az irodalomban közölt adatokból az az összefüggés, mely szerint a kétfajta diabeteses csoportot egyesítve a terhelésre kapott teljes C-peptid válasz és a betegek inzulinigénye nem inverz, hanem szoros egyenes irányú kapcsolatot mutat, azaz minél magasabb a betegek inzulin secretiója, annál több inzulin kell az anyagcsere-egyensúly biztosításához. Másszóval: hiába választ el egy-egy inzulin rezisztens diabeteses akár a normál személyekét meghaladó mennyiségű C-peptidet (pl. S. Gy. betegünk éhomi szintje 2,5; G. J.-é 1,29; F. J.-é pedig 1,1 nmol/l volt a 0,5 nmol/l körüli normális szinttel szemben [5]), éppen a szöveti inzulin rezisztencia miatt tényleges inzulinigénye igen magas lehet (említett eseteinkben 160, 110, ill. 100 NE/die). Ezt a magasabb inzulinigényt viszont eredményeink alapján nem tudtuk magyarázni az inzulinkötő antitestek magasabb szintjével, csupán a szövetek inzulin rezisztenciájával. Ennek okai között nyilvánvalóan fontos szerepet játszott II. típusú betegeink kövérsége.

Véleményünk szerint vizsgálataink nem mondanak ellent az irodalomban tükröződő — a bevezetőben tárgyalt — eredményeknek, melyek a residualis B-sejt működés és az inzulinigény közötti inverz kapcsolatra utalnak, ugyanis idézett szerzők és mások vizsgálatai juvenilis (I. típusú) cukorbetegségeken történtek. Miután I. típusú cukorbetegségekre az inzulinérzékenység általánosan jellemző, II. típusú cukorbetegségekre vonatkozó eredményeink ezzel szemben az inzulin rezisztencia szerepét hangsúlyozzák ki és ebből a szempontból is kiemelik a kétfajta diabetes mellitus alapvetően eltérő természetét.

IRODALOM: 1. Beischer, W. és mtsai: Klin. Wschr. 1976, 54, 717. — 2. Block, M. B. és mtsai: N. Engl. J. Med. 1973, 288, 1144. — 3. Fövényi J. és mtsai: Diabetologia 1981, 21, 271. — 4. Gerő L.: Magy. Belorv. Arch. 1977, 30, 1. — 5. Gerő L.: Kandidátusi disszertáció. Budapest, 1979. — 6. Gerő L., Korányi L., Tamás Gy. jr.: Kísér. Orvostud. 1979, 31, 427. — 7. Horwitz, D. L., Rubenstein, A. H., Katz, A. I.: Diabetes 1977, 26, 30. — 8. Madsbad, S. és mtsai: Acta Endocrinol. 1980, 93, 196. — 9. Melani, F. és mtsai: Proc. Natl. Acad. Sci. (USA) 1970, 67, 148. — 10. Pildes, R. S. és mtsai: Ped. Res. 1975, 9, 354.

Teronac

TABLETTA

A Teronac tabletta az étvágycsökkentő gyógyszerek csoportjának új típusú képviselője. Hatóanyaga triciklikus imidazo-izindol vegyület, mely a többi anorexi-gén hatású készítménytől eltérően nem tartalmaz fenil-etil-amin vázat. Kis adagban is csökkenti az éhség-érzetet, klinikailag és statisztikailag jelentős testsúly-csökkenést eredményez. A gyógyszer előnye az esetek jelentős részében kényelmes napi egyszeri adagolás, minimális mellékhatásokkal járó progresszív testsúly-csökkenés, tolerancia és dependencia kifejlődése nélkül. A készítmény elősegíti és lehetővé teszi a beteg számára, hogy fogyókúra diétáját betartsa. A kezelés időtartama általában 3 hónapos, de rövidebb ideig tartó kúra is hatásos lehet.

ÖSSZETÉTEL: 1,00 mg mazindol tabl.-ként.

JAVALLATOK: Az elhízás minden formája az esetleges endokrinológiai háttér tisztázása után, ha a kalóriafelvétel korlátozása javallt. Gyermekeknek 12 éves kor felett adható!

ADAGOLÁS: az átlagos napi adag $\frac{1}{2}$ —1 tabletta Teronac a reggeli étkezés után; ez individuálisan változtatható: legfeljebb napi 2 tabl.-ig emelhető.

ELLENJAVALLATOK: glaucoma, szívritmuszavarok, súlyos szív-, vese-, vagy májelégtelenség, súlyos hypertensio, cerebrális folyamatok, pszichiatriai megbetegedések, gyomor-, bélfekély. Terhesség és szoptatás.

MELLÉKHATÁSOK: szájszárazság, székrekedés (részben az étkezési szokások megváltozása miatt), álmatlanság, fejfájás, tachycardia, hányinger, bőrkütiés, mydriasis.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK:

TILOS EGYÜTT ADNI:

— MAO-bénítók, noradrenalin depletáló vérnyomáscsökkentőkkel: (vérnyomás extrém fokú emelkedése);

ÓVATOSAN ADHATÓ

— antidiabetikumokkal, egyéb vérnyomáscsökkentőkkel (hatásuk módosulhat).

FIGYELMEZTETÉS: A kúra alatt a vérnyomást időszakosan ellenőrizni kell, mert a vérnyomáscsökkentő gyógyszerek adagjának újra beállítása válhat szükségessé (a kúra kezdetén az adagok esetleges emelése, kúra közben — a súlyvesztés miatt — csökkentése.) Súlycsökkenés miatt megváltozhat a cukorbeteg inzulinra és orális antidiabetikumokra való reakciója, ezért a kúra folyamán a vércukor értékváltozását időnként ellenőrizni kell. MAO-bénítóval való kezelés befejezése után 14 nappal kezdhető csak Teronac-kúra. A szív katekolamin-érzékenységet növeli, emiatt alkalmazásának időtartama alatt a szív és keringés időnkénti ellenőrzése ajánlott.

Alkalmazásának ideje alatt tilos szeszes italt fogyasztani.

CSOMAGOLÁS: 20 db tabletta 14,10 Ft.

MEGJEGYZÉS: ✕ Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal.

FORGALOMBA HOZZA: ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR TISZAVASVÁRI, SANDOZ A. G. BASEL LICENCIA ALAPJÁN.



MACHAY TAMÁS DR.,
KISZEL JÁNOS DR.,
TULASSAY TIVADAR DR.,
VARGA JÓZSEF DR.
ÉS HAJDÚ JÚLIA DR.

A meconium-aspiráció szindrómához társuló apnoek eredete és kezelése

Semmelweis Orvostudományi Egyetem I. Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Csömör Sándor dr.)

A szerzők 41 meconium-aspiráció szindrómás újszülött respirációs kezelésének apnoekra gyakorolt hatását ismertetik. A pozitív kilégzésvégi nyomás hatására az apnoek száma gyorsan csökkent. Ennek okát a javuló tüdőkeringésben és emelkedő arteriális pO_2 értékben látják.

Origin and treatment of apnoea associated with meconium-aspiration syndrome. The effect of respiration treatment on apnoea performed in 41 neonates suffering from meconium-aspiration syndrome is reported. The number of apnoeas decreased rapidly upon the effect of positive expiration-end pressure. This is assumed to be due the improving pulmonary circulation and increasing arterial pO_2 value.

A meconium-aspiráció szindróma (MAS) érett és túlhordott újszülöttek légzéscsavarának gyakori oka. A megbetegedés magas (30–50%-os) mortalitással jár. A MAS-t gyakran kísérik apnoek. A Semmelweis Orvostudományi Egyetem I. Női Klinikájának intenzív újszülött osztályán megkíséreltük a megbetegedéshez társuló apnoek eredetét tisztázni és a légzésmegállásokat megelőzni.

Munkánkban tapasztalatainkról számolunk be; eredményeink közlését a megbetegedés magas mortalitása és a viszonylag jó terápiás eredmények indokolják.

Betegek és módszer

Klinikánk intenzív újszülöttosztályán az 1976–1978-as évek között 41 újszülöttet kezeltünk MAS miatt. Az újszülöttek klinikai adatait táblázatban foglaltuk össze.

A MAS diagnózisát a szülészeti anamnesis (intrauterin hypoxia, meconiumos magzatvíz), klinikai vizsgálat (garatban, tracheában található meconium, dyspnoe, cyanosis, tachypnoe) és a jellegzetes radiológiai kép (5) alapján állítottuk fel. A mellkasfelvételek min-

den esetben mindkét tüdőre kiterjedő, atelectasiás-emphysemás képet mutattak.

A táblázat adatai szerint 13 esetben észleltünk kóros mellkasi levegőgyülemet. Betegeink állapotát keringési zavar és cerebrális részvétel súlyosította.

MAS-ás újszülöttjeinket 1 l/l koncentrációjú O_2 -ben helyeztük el: a légutakat leszívtuk. Az artéria umbilicalis canulálása után meghatároztuk az artériás vér vérgáz értékeit és a sav-bázis viszonyokat. FiO_2 :1,0 belélegeztetés mellett meghatároztuk a jobb-bal shunt mértékét (6). Anyagunkban csupán azon esetek szerepelnek, ahol a shunt a 40%-ot meghaladta.

A légzés- és pulzusszámot, valamint a transtucan mérhető arteriális pO_2 értéket monitorizáltuk, a monitorizálást a respirációs kezelés végéig folytattuk.

A respirációs kezelést az arteriális vérgáz értékek alapján indikáltuk, a következőképpen:

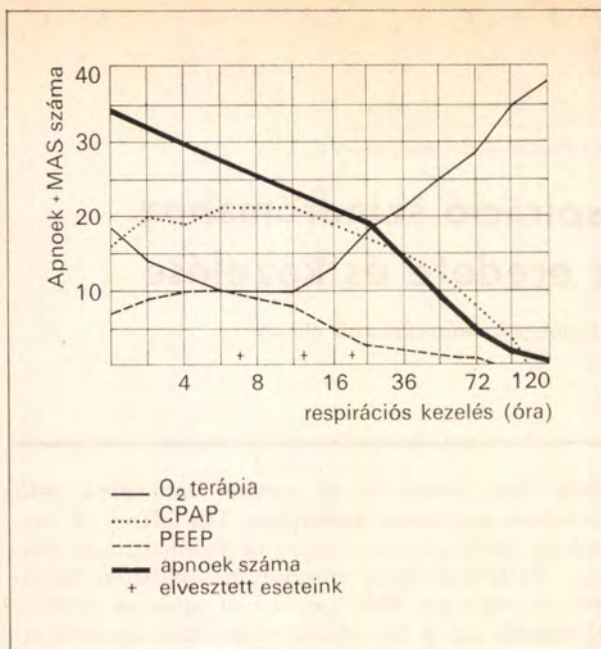
1. Abban az esetben, ha az arteriális pO_2 értéket 6,65 kPa felett tudtuk tartani, és nem tapasztaltunk

41 meconium-aspiráció szindróma miatt kezelt újszülöttek klinikai adatai

Klinikai adatok	Esetszám (n=41)
Gestációs idő \bar{x} (SD) hét	40,6 (0,52)
Születési súly \bar{x} (SD) g	3210 (416)
Meconiumos magzatvíz	41
Apgar érték \bar{x} (SD)	
1 perces	6,6 (1,3)
5 perces	6,3 (1,2)
Légzésszám (> 70/min)	41
Típusos mellkas felvétel	41
Hepatomegalia	39
Cerebrális tünetek (oedema)	14
Cyanosis	38
Kevert cidosis	41
Kóros mellkasi levegőgyülem	13
PIE	4
PM	5
PTX	4
Jobb-bal shunt > 40%	41

Rövidítések:

MAS	= meconium-aspiráció szindróma;
CPAP	= pozitív kilégzésvégi nyomással támogatott légzés;
PEEP	= pozitív kilégzésvégi nyomással végzett gépi lélegeztetés;
l/l	= liter/liter
IPPR	= intermittáló pozitív nyomással végzett lélegeztetés;
PIE	= pulmonális interstitialis emphysema;
PM	= pneumediastinum;
PTX	= pneumothorax



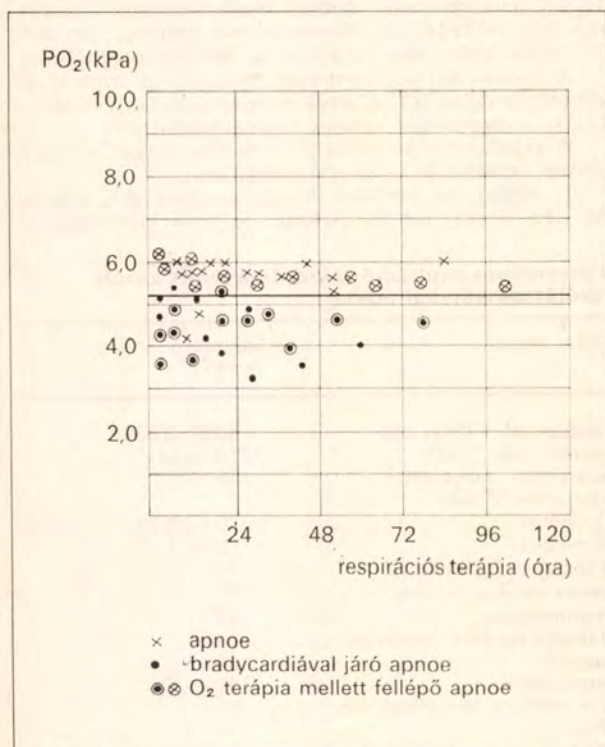
1. ábra: 41 MAS-ás betegünk respirációs kezelésének módja az idő függvényében. Az apnoeok gyakorisága

7,98 kPa feletti pCO_2 értéket, úgy az újszülöttek csupán oxygenterápiában részesültek.

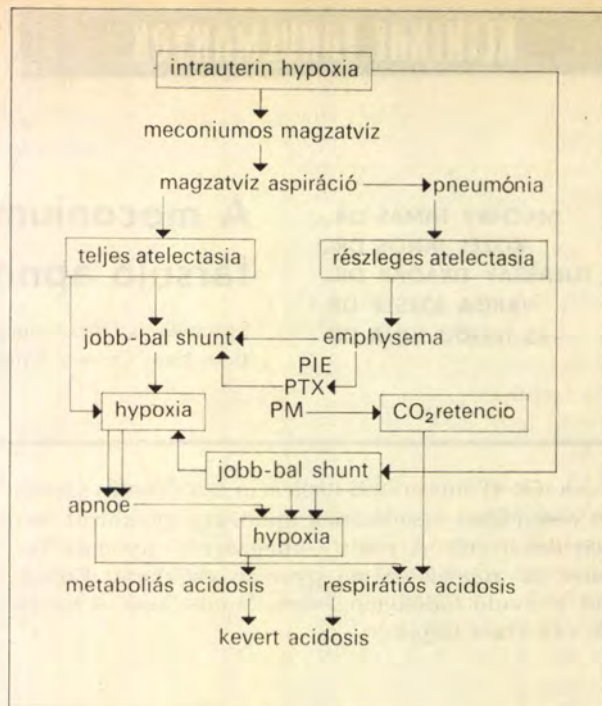
2. 1,0 FiO_2 mellett mért 5,32–6,65 kPa közötti arteriás pO_2 érték esetén, vagy ha a pCO_2 érték 7,98 kPa-t meghaladta, CPAP kezelést végeztünk.

3. FiO_2 1,0 mellett mért 5,32 kPa alatti pO_2 érték azonnali gépi lélegeztetést (PEEP) indikált.

4. Két, 20 s-ot meghaladó apnoe esetén CPAP, két, 30 s-ot meghaladó apnoe esetén PEEP kezelést kezdünk.



2. ábra: A respirációs kezelés hatása az apnoeok gyakoriságára 41 MAS miatt kezelt betegben. Az apnoeok jellege és az arteriális pO_2 összefüggése



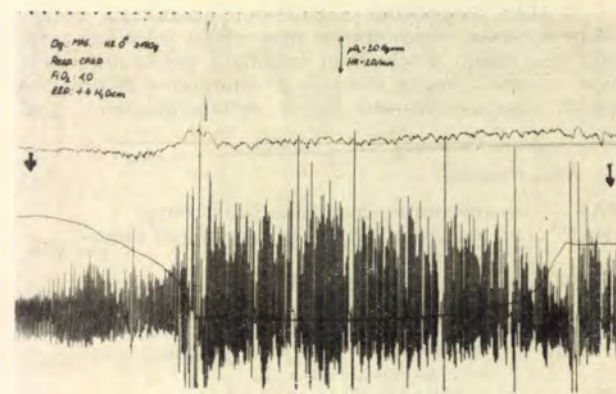
3. ábra: A meconium aspiráció szindróma pathomechanizmusa

A respirációs kezelés során +5 H_2O cm-es végnyomást alkalmaztunk. A belélegeztetett O_2 -koncentrációt úgy választottuk meg, hogy mindig azon legalacsonyabb FiO_2 értékkel végezzük a respirációs kezelést, amely mellett az arteriális érték 9,31–10,64 kPa között tartható.

CPAP kezelést nasopharyngealis tubussal, PEEP kezelést minden esetben Bourns-típusú, volumenvezérelt respirátorral végeztük. Ez utóbbi esetben a légzés-volument 7,0 ml/kg mennyiségben szabtuk meg, de arra törekedtünk, hogy a belégzési nyomás a 40 H_2O cm-t ne haladja meg.

Eredmények

A 41 újszülött respirációs kezelésének módját — az idő függvényében — az 1. ábra foglalja össze. Ez az ábra ismerteti a MAS-hoz társuló apnoeok gyakoriságát is. A 2. ábra a monitorizálás során észlelt apnoeokat megelőző arteriális pO_2 értékeket



4. ábra: Oxycardiorespirográfias görbe MAS kezelése (CPAP) során. Normális légzés (alsó görbe) és szívfrekvencia (felső görbe) mellett az arteriális pO_2 érték 84 Hgmm-ről 40 Hgmm-re csökken

ismerteti. A bradycardiával járó apnoekat (p.: 100/min. alatt) ezen az ábrán külön is feltüntettük.

41 betegünk közül hármat veszítettünk el. Egy esetben a kórbonctani diagnózis az os parietale fracturája és spinalis vérzés volt. Két esetben a halál közvetlen oka agyödéma volt, amelyhez egy betegünkön tenziós pneumothorax társult.

Eredmények megbeszélése

1. A betegek kiválasztása

Meconiumos magzatvíz aspirációjának klinikai tünetei rendkívül változatosak: enyhe hypoxiával járó tachypnoétól a súlyos, mechanikus ventilációt igénylő légzéscsavarig minden változat előfordulhat (7, 4).

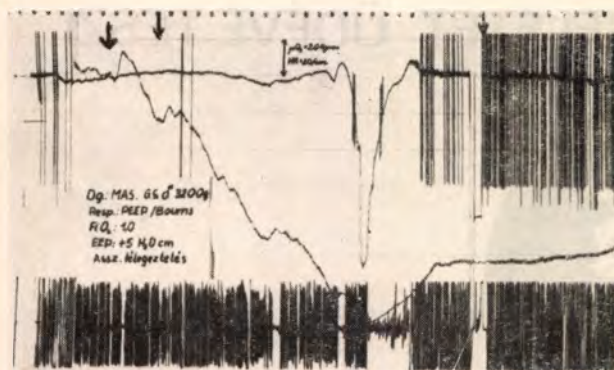
A radiológiai kép és klinikai állapot között gyakran nem találunk összefüggést. A betegség súlyosságát minden esetben meghatározza azonban az alapbetegséghez társuló jobb-bal shunt. Ez teszi a kórképet „szindrómává”; ennek összefüggéseit a 3. ábrán foglaljuk össze.

Az intra- és extrauterin hypoxia pulmonalis vasokonstrikción keresztül csökkenti a pulmonalis perfúziót, amely jobb-bal shunthoz vezet (2). Ebben az állapotban a foetalis keringés persistál („persistáló foetalis keringés”): a jobb kamra percvolumenének jelentős hányada a tüdő megkerülésével jut el a nagyvérkörbe. Ennek következménye súlyos hypoxia.

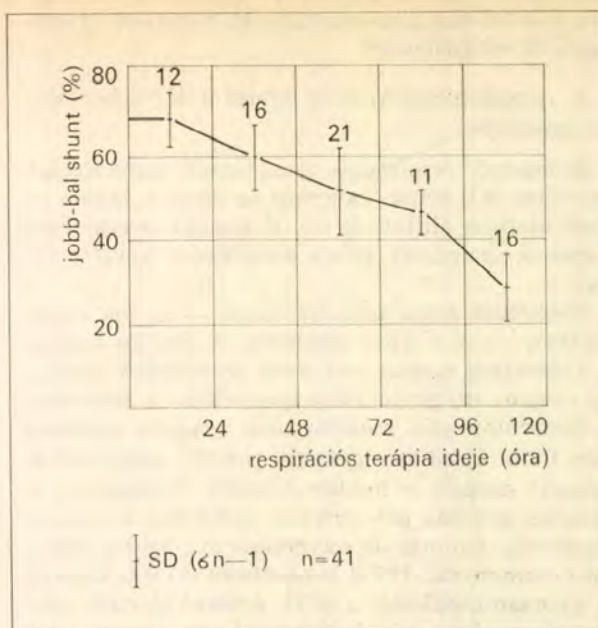
A meconium-aspiráció következtében a bronchiolusok teljesen vagy részlegesen elzáródnak. A következményes atelectasia és emphysema a hypoxiát fokozza.

Fontos azonban hangsúlyoznunk, hogy a súlyos respirációs zavar nem a tüdő alapbetegségben való részvételére vezethető vissza, hanem annak súlyosságát a jobb-bal shunt mértéke és a következményes hypoxia szabja meg (8).

Munkánkban csupán azon eseteket foglaltuk össze, ahol a jellegzetes klinikai és radiológiai képhez 40%-ot meghaladó jobb-bal shunt is társult. Ezt az állapotot tekintettük csupán meconium-aspiráció szindrómának.



5. ábra: Oxycardiorespirográfias görbe MAS kezelése (PEEP) során. A gépi lélegeztetés (légzésgörbe alul) mellett az artériás pO_2 érték (középső görbe) 62 Hgmm-ről 42 Hgmm-re csökken, majd igen kifejezetten emelkedik (196 Hgmm). A hypoxia mélypontján a momentán szívfrekvencia (felső görbe) súlyos bradycardiát (p.: 76/min) mutat



6. ábra: A jobb-bal shunt csökkenése MAS-kezelés során

2. A MAS-hoz társuló apnoek jellege

A MAS során végzett monitorizálás (oxycardiorespirográfia) azt mutatta, hogy az alapbetegség során az artériás pO_2 érték igen kifejezett ingadozást mutat. A 4. és 5. ábra két oxycardiorespirográfias görbét ismertet. A 4. ábrán CPAP, az 5. ábrán PEEP kezelés mellett látható az artériás pO_2 érték igen kifejezett ingadozása.

A MAS-hoz társul. apnoekat minden esetben az artériás pO_2 érték kifejezett csökkenése előzte meg.

Azon artériás pO_2 értékeket, amelyeknél apnoe jelentkezett, a 2. ábra ismerteti. Az apnoe súlyossága és az artériás pO_2 érték szoros összefüggést mutatott: 20–30 s. időtartamú, bradycardiával nem járó apnoekat 5,32–6,38 kPa közötti pO_2 értéknél, 30 s.-ot meghaladó, bradycardiával járó apnoekat 5,32 kPa alatti pO_2 értéknél észleltünk.

Az oxycardiorespirográfias vizsgálatok azt mutatták, hogy az apnoekat a hypoxia minden esetben megelőzte; a MAS-hoz társuló apnoekat tehát hypoxiás eredetűnek tartjuk.

A hypoxia érett újszülöttekben nem fokozza, hanem gátolja a légzést (1); ez magyarázza a MAS-hoz társuló gyakori apnoekat.

Akut hypoxia kialakulását a MAS-hoz társuló jobb-bal shunt magyarázza. Vizsgálataink szerint e shunt nem állandó, hanem a respirációs kezelés első napjaiban jelentős ingadozást mutat. Az oxycardiorespirográfias monitorizálás lehetővé teszi az artériás pO_2 folyamatos mérését, amelyből a jobb-bal shunt nagysága is folyamatosan megítélhető.

Az artériás pO_2 érték — az emelkedő jobb-bal shunt miatt — néhány percre igen alacsony (6,4 kPa) alatti értékre esik, majd a hypoxia talaján apnoe alakul ki. A MAS-hoz társuló akut hypoxiás állapotokban számított jobb-bal shunt nagyságát a 6. ábrában ismertetjük. Az ábrából látható, hogy ezen újszülöttekben az első 3 életnapon 50–70%-ot is elérő jobb-bal shunt alakulhat ki; e tény magya-

rázza a MAS-hoz gyakran társuló, hypoxiás eredetű apnoek megjelenését.

3. A respirációs kezelés hatása a MAS-hoz társuló apnoekre

Betegeink respirációs kezelésének indikációját az arteriás pO_2 érték, valamint az apnoek száma és jellege alapján állítottuk fel. E kezelés bevezetését az apnoek számának gyors csökkenése követte (1. ábra).

Betegeink respirációs kezelését — az idő függvényében — az 1. ábra ismerteti. A kezelés kezdetén viszonylag magas volt azon újszülöttek száma, akik csupán oxygenterápiát igényeltek. A folyamatos transcutan pO_2 monitorizálás alapján azonban egyre több újszülött igényelt pozitív kilégzésvégi nyomást: csupán e módon lehetett fenntartani a kívánatos arteriás pO_2 értéket. MAS-ban a pozitív kilégzésvégi nyomás az oxygenizáció jelentős javulását eredményezi. IPPR lélegeztetés (9) e betegségben gyorsan csökkenti a pCO_2 értéket (javuló ventiláció), azonban nem befolyásolja az arteriás pO_2 értéket. Jobb oxygenizáció csupán pozitív kilégzésvégi nyomással érhető el. Az arteriás pO_2 érték

MAS-ban CPAP és PEEP kezelés esetén egyaránt emelkedik (3).

A pozitív kilégzésvégi nyomás arteriás pO_2 értékre gyakorolt hatása a javuló tüdőkeringés, a csökkenő jobb-bal shunt következménye (3).

Beteganyagunkban arra törekedtünk, hogy a respirációs kezeléssel olyan oxygenizációt biztosítsunk, amely megakadályozza az apnoekhoz vezető, kritikusan alacsony pO_2 értéket. Az apnoek számának rohamos csökkenése arra mutatott, hogy a MAS-hoz társuló apnoek pozitív kilégzésvégi nyomással támogatott respirációval megszüntethetők.

IRODALOM: 1. Ceruti, E.: Pediatrics, 1966, 37, 556. — 2. Drummond, W. H., Peekham, G. J., Fox, W. W.: Clin. Pediatr. 1977, 16, 335. — 3. Fox, W. W. és mtsai: Pediatrics, 1975, 56, 214. — 4. Fujikura, T., Klionsky, B.: Am. J. Obstet. Gynecol. 1975, 121, 45. — 5. Goording, C. A., Gregory, G. A.: Radiol. 1971, 100, 131. — 6. Klaus, M.: in: Barnett, Pediatrics. Appleton-Century-Grofts, 1972, 15, 1255. — 7. Leanke, R. D., Gunther, R., Sunshine, P.: Am. J. Obstet. Gynecol. 1974, 118, 271. — 8. Lipták, M. és mtsai: Meconium aspiration und dessen Behandlung. III. Berliner Symp. zur Senkung der Säuglingssterblichkeit 1979. — 9. Vidyasagar, D. és mtsai: Pediatrics, 1975, 56, 208.

COTINUS

szájvíz

A FOGÍNYSORVADÁST MEGGÁTOLJA,
A SZÁJÜREGET ÉS A LEHELETET ÜDÉVÉ TESZI



HATÓANYAGA: GYÓGYNÖVÉNYKIVONAT
KAPHATÓ A GYÓGYSZERTÁRAKBAN

VECSEY DÉNES DR.
ES PANYKÓ EVA DR.

Hólyagdaganatos betegek kombinált kezelésével nyert tapasztalataink

Megyei Markusovszky Kórház-Rendelőintézet, Urológiai Osztály
(főorvos: Vecsey Dénes dr.)

A szerzők ötéves periódus alatt 66 hólyagdaganatos beteg műtéttel és adjuváns monoterápiával, monoterápiával kombinált ^{60}Co kezeléssel és polikemoterápiával elért eredményeket hasonlítják össze. Az alkalmazott polikemoterápiának jó hatásfoka mellett a kisszámú, de egy esetben fatális kimenetelű szövödménye miatt a supportív kezelés jelentőségére hívják fel a figyelmet.

Combined treatment of patients with bladder tumors. Results obtained with operation, adjuvant monotherapy, monotherapy-combined ^{60}Co treatment and polychemotherapy in 66 cases of bladder tumor in a five-year period are compared. Besides the favourable effect of the polychemotherapy — owing to the few though in one case fatal complications — attention is drawn to the significance of supportive treatment.

Az összes rosszindulatú daganatok között a hólyagdaganatok 3 $\frac{0}{0}$ -ban fordulnak elő. A férfiak és nők megbetegedésének aránya 3:1 (8, 9). Becsült értékek alapján hazánkban 1964-ben 600, 1981-ben 1050 új hólyagdaganatos beteg került ellátásra. A gyakoriság hazánkban a 60—70 életév között tetőzik (5).

A hólyagdaganatok előfordulása különböző földrajzi területeken változó. Ezt ma egyes karcinogén anyagok expozíciójával hozzák összefüggésbe és ennek megfelelően a hólyagrákot „környezeti ráknak” (Umweltkarzinom) tekintik. A hólyagdaganatok kemoterápiájával más malignomákkal szemben hosszú ideig kevesebbet foglalkoztak (3). Ez a tendencia főleg az utolsó években változott. A betegség egyre inkább előtérbe kerülő jelentősége miatt tartottuk indokoltnak azt, hogy ötéves beteg-

anyagunkat, terápiás eredményeinket retrospektív módon elemezzük. Felmérésünk néhány fogyaté-kosságát egyértelműen a retrospektív módszer ro-vására írjuk, ezeket csak gondos munkával (reklassz-szifikálás stb.) tudtuk részben ellensúlyozni.

Betegek

Öt év alatt (1977—1981) osztályunkon hólyagda-ganat miatt operált és adjuváns kemoterápiában, részben sugárkezelésben is részesített 66 betegünk adatait elemeztük és értékeltük. Betegeink átlagos életkora (64 (min. 36, max. 75) év, az átlagos megfi-gyelés ideje 26,5 (min. 5, max. 62) hónap volt.

Módszer

1. Betegeinket az UICC által 1978-ban javasolt pTNM rendszer alapján, csak a pT-re vonatkozóan reklasszifikáltuk. Az N és M-re vonatkozó adatainkat nem tartottuk megbízhatóknak, ugyanis a kérdé-ses időszakban az ezek eldöntéséhez szükséges és mi-nimálisan megkövetelt vizsgálóeljárások egy részét még nem tudtuk elvégezni. Terápiás eredményeinket ennek megfelelően a pT stadium és az alkalmazott te-rápia vonatkozásában értékeltük (1. ábra).

2. Betegeinken minden esetben műtétet végez-tünk (1. tábl.). Az alkalmazott adjuváns kezelés alap-ján a betegeket három csoportba osztottuk. Az első

Rövidítések:

CN = carbamid nitrogén
 ^{60}Co = telekobalt besugárzás
DBD = dibrómdulcit = Elobromol
GOT = glutamát-oxál-acetát-transamináse
GPT = methotrexát
MTX = (hólyag)daganatok histopatológiai
pTNM osztályozási rendszere, melyben „T”
SAP a tumorra, „N” a nyirokcsomóra,
„M” a metasztázisokra vonatkozó pa-thológiai („p”) adatokat jelzi.
= se. alk. phosphatase
TUC = transurethralis electrocoagulatio
TUR = transurethralis electroresectio
UICC = Union International contre le Cancer

Sejtciklus fázisok közül:

„M” fázis = mitózis
„G₁” fázis = az interfázis első szakasza (növeke-dési fázis)
„S” fázis = (DNS) szintézis

1. táblázat. Műtéti beavatkozások hólyagdaganatos betegeinken

Műtéti beavatkozások	száma
Palliatív nyílt műtét	8
Palliatív TUR	7
Partiális hólyagfal resectio	23
Partiális hólyagfal resectio	
Ureter neoimplantációval	4
Radikális TUR	24
Összesen	66

2. táblázat. Recidivák száma átlagosan az első és második kezelést követő évben

	1				2				3			
	1 év		2 év		1 év		2 év		1 év		2 év	
	n	\bar{s}	n	\bar{s}	n	\bar{s}	n	\bar{s}	n	\bar{s}	n	\bar{s}
pTis—pT1	11	1,6	9	1,2	12	1,1	7	1,2	10	0,7	5	0,3
pT2	6	1,3	5	1,4	7	0,9	6	1,3	8	0,5	7	0,9

(Staging a vizsgálati időszak első kezelését megelőző állapotra vonatkozik.)

Alkalmazott terápia: 1 műtét+DBD

2 műtét+DBD+⁶⁰Co

3 műtét+DBD+Vincristin+Endoxan+MTX.

csoport DBD-t kapott. A második csoport DBD és ⁶⁰Co kezelésben részesült. A harmadik csoporton polikemoterápiát alkalmaztunk az alábbi protokoll szerint: Cyclophosphamid 5 mg/kg iv. az 1., 8., 15. és 22. napokon, Vincristin 1,4 mg/m² iv. a 2., 9., 16. és 23. napokon, MTX 5 mg/nap per os 3., 10., 17. és 24. napokon, DBD 4 mg/kg per os a 4.—7., a 11.—14., a 18.—21. és a 25.—28. napokon. A betegek egy részén (összesen 12 beteg) 5—6 naponta, továbbá annak befejezése után két hét múlva az alábbi laboratóriumi vizsgálatokat végeztük: a transurethralisan (TUC vagy TUR) távolítottuk el.

3. A mellékhatások korai felismerése céljából a citosztatikus kezelés megkezdése előtt és azt követően 5—6 naponta, továbbá annak befejezése után két hét múlva az alábbi laboratóriumi vizsgálatokat végeztük:

- mennyiségi és minőségi vérkép,
- trombocitaszám-meghatározás,
- CN és se. kreatinin meghatározás,
- májfunkciós vizsgálatok (GOT, GPT, SAP),
- Se. és vizelethúgysav-meghatározás,
- vizeletvizsgálat.

Külön figyelemmel kísértük a gastrointestinalis panaszokat, bőrgyógyászati elváltozásokat (hajhullás stb.), idegrendszeri és egyéb, a kezeléssel összefüggésbe hozható tüneteket.

Az fvs-szám és a trombocitaszám mérsékelt csökkenésénél, vagy ha az értékek a kezelés folyamán csökkenő tendenciát mutattak, dózis-redukció mellett prednisonolt is adtunk. A kemoterápiát egyéni elbírálás alapján szüneteltettük, ha az fvs szám 4 G/l (= 4000/μl), a trombocitaszám 100 G/l (= 100 000/μl) alá csökkent, és megszakítottuk, ha az fvs szám 1 G/l, a trombocitaszám 60 G/l alatt volt. Prednisonon mellett antibiotikumokat adtunk, súlyosabb esetben szubsztitúciós kezelést alkalmaztunk.

4. 1982. jan. 1—ápr. 1. között, a kezelésbe vételtől számított átlagosan 26,5 hónap múlva betegeink klinikai állapotát (tumormentes, javult, romlott stb.) ellenőriztük. A pTis—pT2 stádiumokba sorolt (start diagnózis) betegek esetében terápiánk hatásosságát az első és második kezelési év recidiva rátája alapján értékeltük.

5. A kórtörténeti adatok alapján elemeztük a kezeléssel összefüggésbe hozható mellékhatásokat.

3. táblázat. Recidivamentesek előfordulása %-ban megadva az azonosan kezelt és klasszifikált betegeken

	1		2		3	
	1 év	2 év	1 év	2 év	1 év	2 év
pTis—pT1	45,5	40,0	50,0	37,9	66,7	54,6
pT2	33,0	20,0	43,8	28,6	49,6	38,8

(Alkalmazott terápiát 1—3-ig jelölve l.: 2. tábl. magyarázó szövegében.)

Eredmények

1. A recidivák száma mind az első, mind a második megfigyelési év folyamán a legalacsonyabb a polikemoterápiában részesült csoportban volt (2. tábl.). A recidivamentesek száma (százalékos előfordulása) is az így kezelt betegek között volt a legmagasabb (3. tábl.). A felmérési időszak végén észlelt klinikai status alapján a legjobb eredményeket ugyancsak az adjuváns polikemoterápiával érték el (4. tábl.). Az így kezelt betegek 87⁰/₀-a átlagosan 23,4 hónap múlva élt. Ebben az adatban nem szerepelnek a felmérés időszakában ismeretlen sorú betegek.

3. Összesen két beteg korrigálható csontvelő-károsodást észleltünk, ami miatt a kezelést átmenetileg fel kellett függeszteni. Egy 63 éves betegen a DBD kezelés hatására súlyos myelodepressio alakult ki. Ismételt friss teljes vért, fvs- és trombocitakonzentrátumot, széles spektrumú antibiotikumokat, Prednisonolt és C-vitamint adtunk. A beteget ennek ellenére elvesztettük. Egy betegen a kombinált kezelés befejezése után alopecia és perifériás neuropathia alakult ki. Utóbbi B₁ és Polyb₆ vitamin adására szűnt, haja később újra kinőtt. Egyéb lényeges mellékhatást nem észleltünk.

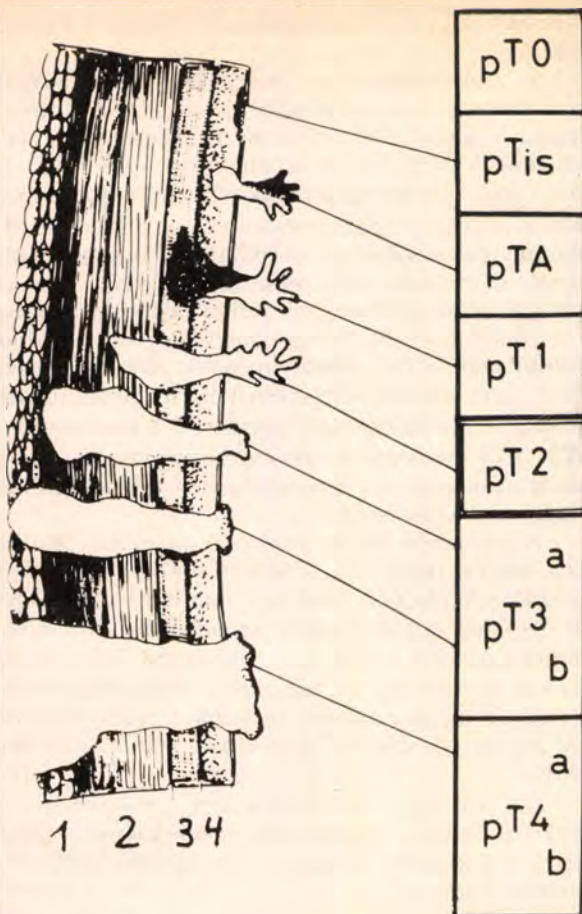
Két betegünk kórtörténetének rövid ismertetését indokoltnak tartjuk.

1. beteg. O. J. 64 éves férfin 1979-ben nagy kiterjedésű pT3b stadiumban levő, a jobb ureterszájadékot infiltráló tumort találtunk (2. ábra). Palliatív célú, még-

4. táblázat. Öt év alatt (1977—1981) osztályunkon hólyagdaganat miatt kezelt betegeken elért terápiás eredmények

	1		2		3		Össz.	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tumor mentes	8	32	9	39	8	44	25	38
javult	3	12	4	18	3	17	10	15
romlott	4	16	3	13	2	11	9	14
meghalt tu. következtében	4	16	3	13	2	11	9	14
meghalt egyéb ok következtében	2	8	1	4	0	0	3	4
sorsa ismeretlen	4	16	3	13	3	17	10	15
Összesen	25	100	23	100	18	100	66	100

Átlagos megfigyelési ideje 26,5 hónap. (Az öt éves eredmények értékelése 1982. jan. 1—április 1 között történt.)



1. ábra: A hólyagdaganatok pTNM klasszifikációjának (UICC 1978.) pT vonatkozása

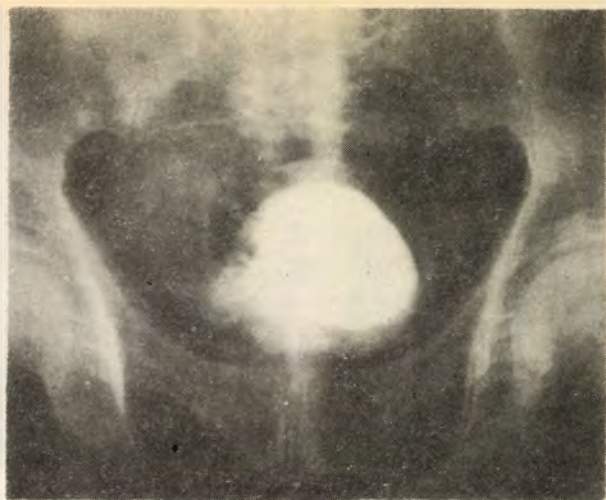
pT0 = tumor nem mutatható ki
 pTis = karcinóma in situ (praeinvasiv ca.)
 pTA = papillóma karcinómás résszel
 pT1 = daganatbetörés a lamina propriaába
 pT2 = daganatos beszűrődés a felületes izomrétegben
 pT3a = daganatos beszűrődés a mély izomrétegben
 pT3b = tumorhatár átlépi a hólyagfalat
 pT4a = tumorinvasió eléri a szomszédos szerveket
 pT4b = tumorinvasió az előzőnél nagyobb kiterjedésű

A hólyagfal rétegei:

- 1 = környező zsírszövet
- 2 = izomréteg
- 3 = lamina propria
- 4 = nyálkahártya

is radikalításra törekvő TUR-t végeztünk, a szájadékra nem voltunk tekintettel. A szövettani vizsgálat: ca. plancellulare. DBD-t, ⁶⁰Co-besugárzást, majd két ízben kombinált citosztatikus kezelést kapott. 8 hónappal később végzett iv. urographia szerint a jobb ureterszájadék még beszűkült, felette pangás jeleivel (3. ábra). Újabb polikemoterápiás kezelés után, a műtétet követő 18 hónap múlva az urographiás felvételek ép viszonyokat mutatnak (4. ábra). A cisztoszkópos kép és a hidegbiopszia tumormenteséget igazolt. További megfigyelés alatt tartjuk.

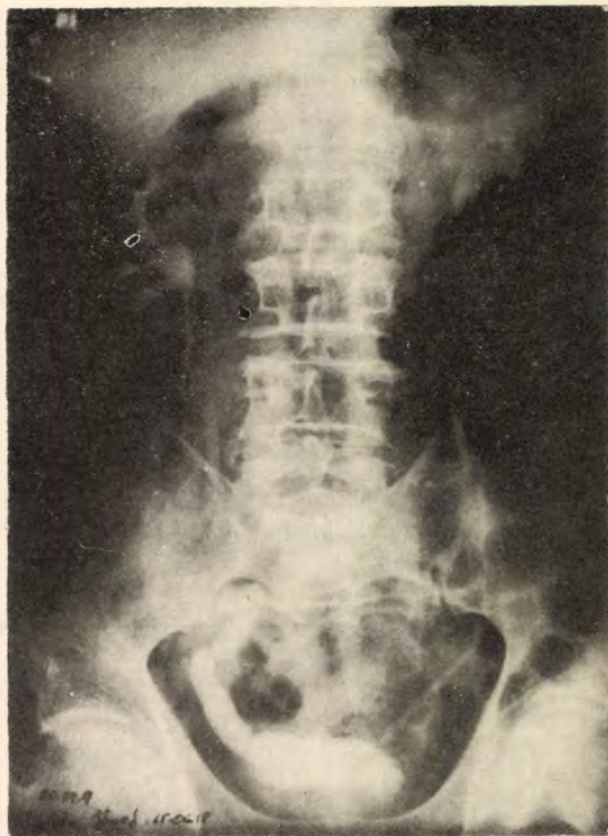
2. beteg. Sz. J.-né 36 éves nőbetegen 1979-ben a jobb ureterszájadék közelében 20×16 mm nagyságú pT3a stadiumban levő tumor miatt parciális hólyagfal-rezekciót és az ureterszájadék neoinplantációját végeztük. Kombinált adjuváns kemoterápiát alkalmaztunk. 1982-ben a beteg tumormentes, recidívája közben sem volt.



2. ábra: O. J. férfitbeteg policisztográfiás felvétele. Jobb oldalon nagy kiterjedésű daganatos árnyékkiesés

Megbeszélés

A hólyag rosszindulatú daganatai esetén terápiás célunk a) kuratív, b) palliatív, c) adjuváns, d) preventív lehet. A klinikai kép (staging és grading) alapján e négy lehetőség közül választva kell terápiás stratégiánkat felállítani. Ennek végrehajtásában első helyen a műtét áll. Célja a daganat radikális eltávolítása (kuratív), de legalább mennyiségének lényeges csökkentése (palliatív). További lehetőségeink a sugár- és kemoterápia. A



3. ábra: Azonos beteg 8 hónappal később. Az iv. urographián beszűkült alsó ureterszakasz, felette ureterben pangás jelei



4. ábra: Azonos beteg 18 hónappal a kombinált kezelés megkezdése után Az iv. urographia ép viszonyokat mutat

kemoterápia alkalmazásának módja lehet szisztémás vagy lokális.

A szisztémás kemoterápia hosszú ideig monoterápia, az utóbbi években egyre inkább polikemoterápia formájában került alkalmazásra. Célja, a sejtciklusra tekintettel az, hogy a sejtszaporodás különböző fázisaira ható gyógyszerek kerüljenek bevetésre.

A lokális kemoterápia lehet intraarteriális, intratumorális és topikus (intravesikális). A topikus kezelés a pTis—pT2 stadiumú tumorok esetén elérhető jó eredményekre tekintettel az elmúlt években ismét előtérbe került (11).

Új és jó lehetőségeket ígér a hólyagdaganatok kezelésében a magas frekvenciájú hypertermia és a lézerkezelés (4, 7).

A tanulmányunkban bemutatott betegeken elsődlegesen műtétet végeztünk. Első betegcsoportunkon ezt adjuváns szisztémás DBD terápia követte. A DBD alkilező szer, a citosztatikumok sejtciklus-nem-specifikus csoportjához tartozik. Részletes vizsgálatok azonban azt bizonyították, hogy az egyes fázisokban eltérő érzékenységgel hatásos. A legérzékenyebb a G₁ fázis késői szakasza (10). A hólyagdaganatos betegeken DBD monoterápiával nyert kedvező tapasztalatokról többen számoltak be (1, 6, 12). Az elért eredményekkel nem elégedtünk meg, ezért ezt egy második betegcsoportban ⁶⁰Co kezeléssel egészítettük ki. Egy további betegcsoport DBD-n kívül Endoxant („S” fázisban hat), MTX-et „G₁”

fázisban hat), és Vincristint („M” fázisban hat) kapott.

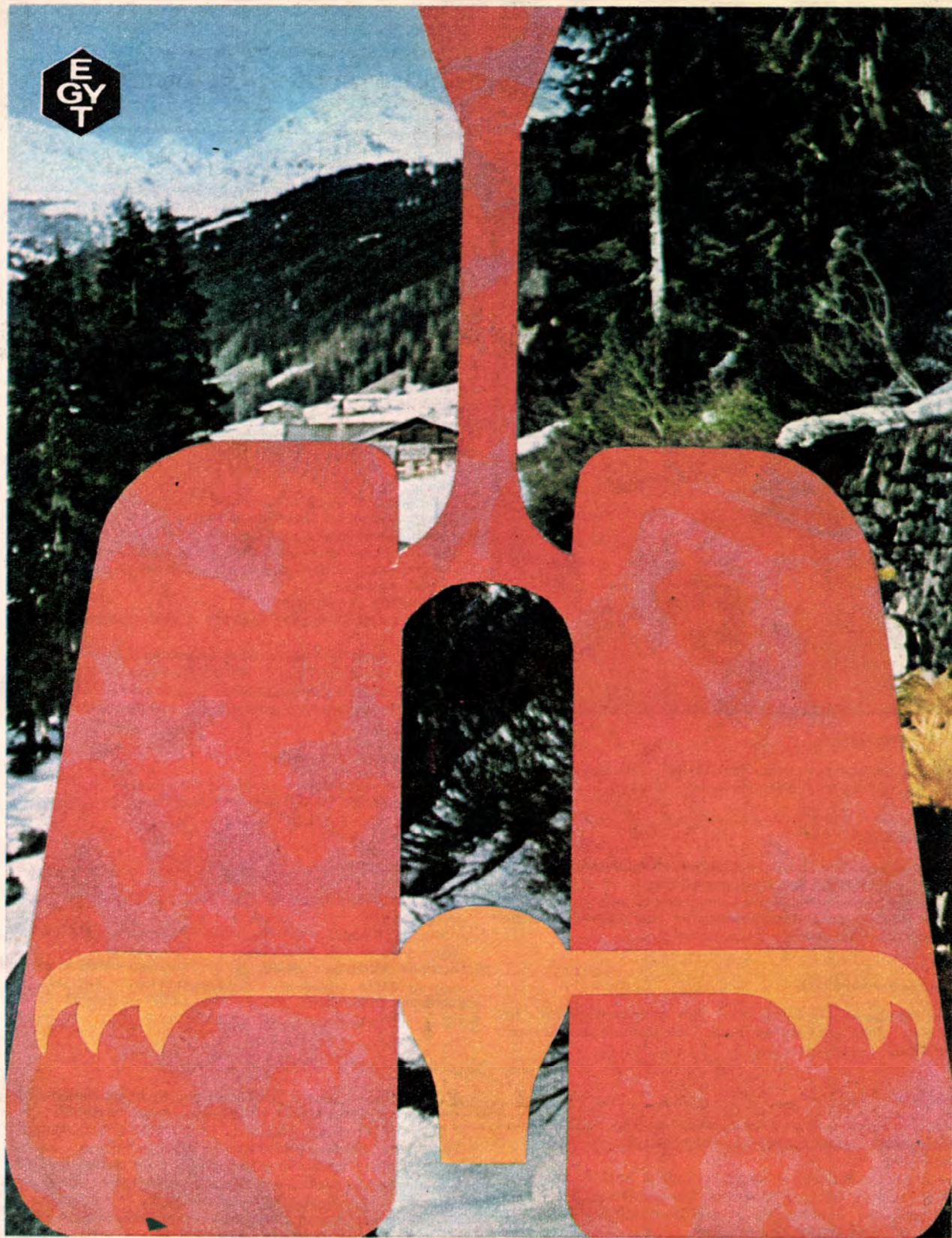
A hólyagdaganatos betegeken elért terápiás eredmények értékelése több jellemző alapján lehetséges. A kuratív és adjuváns preventív kemoterápia után a pTis—pT2 stadiumokban a recidiva ráta meghatározása elfogadott. A pT3—pT4 stadiumokban általában az elért remissio és az átlagos túlélés alapján mérhetjük fel terápiánk hatásosságát. Magunk, az esetszámokra tekintettel a pTis—pT1 csoportokat nem választottuk külön. Adott időszakban a hólyagdaganatok anyagvétele és szövettani feldolgozása nem a mai követelmények alapján történt. Ezért nem tudtuk retrospektíven, megbízható pontossággal a stadiumokat egymástól elkülöníteni. A pT3—pT4 csoporthoz tartozó betegeink kis száma miatt azok terápiás eredményeinek részletesebb értékelésétől eltekintettünk.

A kezelésbe vételt követően átlagosan 26,5 hónap múlva végezett, a klinikai statusra vonatkozó vizsgálatok alapján irodalmi adatoknak megfelelő (3) legjobb eredményeket az adjuváns kombinált kemoterápiával értük el. A terápiás beavatkozásunkat követő első és második év folyamán észlelt revidivák átlagos száma, továbbá a recidivamentesek száma is ebben a csoportban volt a legkedvezőbb.

Az észlelt mellékhatásokra, elsősorban az egyetlen halálos kimenetelű szövödményre tekintettel a supportív kezelés jelentőségére kell a figyelmet felhívni.

Eredményeinket összegezve megállapíthatjuk, hogy hólyagdaganatos betegek sebészeti kezelését követő adjuváns polikemoterápiával az eddigieknél jobb kuratív, ill. preventív eredményt értünk el. Jelentősnek tartjuk a sebészi radikalitást, a jól megválasztott citosztatikus kombinációt és a megfelelő fenntartó kezelést.

IRODALOM: 1. Balogh, F., Kisbenedek, L.: Urol. Nephrol. Szle. 1976, 5. Suppl. 246. — 2. Bichler, K.-H. és mtsai: Urologe A. 1982, 21, 3. — 3. Bichler K.-H.: Urologe A. Szerk. Közl. 1982, 21, 1. — 4. Bichler K.-H. és mtsai: Urologe A. 1982, 21, 2. — 5. Eckhardt, S.: Előadás a Markusovszky Emlékünnepélyen. Szombathely, 1982. — 6. Frang D., Zana J., Bors Gy.: Magy. Onk. 1979, 23, 58. — 7. Hofstetter, A., Schmiedt, E., Staehler, G.: Urologe A. 1982, 21, 9. — 8. Jacobi, G. H.: Urologe B. 1981, 21, 240. — 9. Moser, K., Stacher, A.: Chemotherapie maligner Erkrankungen. Deutscher Ärzte-Verlag. Köln—Löwenich. 1981. — 10. Oláh E. és mtsai: Magy. Onk. 1978, 22, 237. — 11. Pavone-Macaluso, M.: Diagnostics and treatment of superficial urinary Bladder tumors. Monrredison Läkemedel AB. Stockholm. 1979, 21. old. — 12. Vecsey D.: Magyar Onk. 1978, 22, 107.



BRICANYL[®]

inj. tabl. antiasthmaticum uterotonicum

BRICANYL®

INJ., TABL.

antiasthmaticum. uterotonicum



ÖSSZETÉTEL

0,5 mg terbutalinum sulfuricum (1 ml) ampullánként;
2,5 mg terbutalinum sulfuricum tablettánként.

JAVALLATOK

Asthma bronchiale, bronchitis chronica, emphysema és a tüdő hörgő-spasmusszal járó megbetegedései.
Fenyegető koraszülés, abortus imminens tünetei (a 16. terhességi héttől), cervix-insufficiencia és cerclage-műtét esetén az idő előtti kontrakciók megszüntetésére.

ELLENJAVALLATOK

Hyperthyreosis. Tachycardiával járó szívritmuszavarok. Terhesség alatti erős vérzés, korai lepényleválás és intrauterin infekciók. Pyelitis chronica.

ADAGOLÁS

Asthma bronchialeban felnőtteknek 1/2 amp. (0,25 mg) sc., legfeljebb háromszor naponta, illetve naponta 2–3-szor 1–2 tabl.

A szimpatomimetikus aminokkal szembeni érzékenység lehetősége miatt a betegek kezelését ajánlatos napi 2,5 mg-mal (1 tabl.-val) kezdeni. Ha megfelelő hörgőtágulat nem jön létre, az adag 2 tabl.-ra növelhető.

Gyermekeknek 3–7 éves korig 1/4–1/2 tabl., 7–15 éves korig 1/2–1 tabl., 15 év felett 1–2 tabl., naponta 2–3-szor. **Szülészetben** a kezelést tartós iv. cseppinfúzióval kell bevezetni, melynek max. időtartama 8 óra lehet.

Az infúzió összeállításakor 5 mg Bricanylt (10 ampullát) 1000 ml izotóniás glukóz- vagy izotóniás nátriumklorid-oldattal elegyítünk. (Az oldat 1 ml-e 5 µg terbutalint tartalmaz.)

A gyógyszer adagolását egyénileg kell meghatározni a hatás és tolerancia figyelembevételével (7–10 µg/perc). Általában ajánlatos az infúziós kezelést 10 µg/perc sebességgel kezdeni. Ezután 10 percenként 5 µg-mal növeljük az adagot a percenkénti 25 µg eléréséig. Ezt az adagolást 1 órán át kell folytatni, majd 30 percenként 5 µg-mal csökkentjük az adagot a legkisebb hatásos fenntartó adagig.

Utókezelésre, újabb fájlástevékenység profilaxisára 3 napon keresztül sc. 250 µg-ot (1/2 amp.-t) adunk 4-szer naponta. Egyidejűleg 3×5 mg tabl.-t kap a beteg a tünetmentességig, max. a terhesség 37. hetéig.

A koraszülés egyes eseteiben használt, egyéb kombinációs kezelésre alkalmas gyógyszerekkel (prostaglandin-antagonistákkal, gesztagénekkel, alkohollal stb.) együtt adható.

MELLÉKHATÁSOK

A szimpatomimetikumokra érzékeny egyéneken tremor, palpitatio fordulhat elő. Ezek tartós orális kezelés folyamán rendszerint az első héten megszűnnek.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK

Tilos együtt adni:

- halogénezett anesztetikumokkal (kardiális arhythmia);
- MAO-bénítőkkel (hipertóniás krízis);
- adrenalinnal status asthmaticusban;
- béta-receptor-blokkolókkal (egymás hatását megfordítják);
- kortikoszteroidokkal glaucomában, tartósan (szembelnyomás fokozódása).

Kerülendő az együttadás:

- anyarozs-alkaloidokkal (extrém magas vérnyomás-emelkedés);
- egyes antihipertónikumokkal guanethidin és származékai, reserpin, alfa-metildopa; (a hipotenzív hatás csökkenése);
- triciklikus antidepresszánsokkal (a szimpatomimetikus aminok hatását fokozhatja); glaucomában együttes adásuk tilos!

Csak óvatosan adagolható:

- digitálisglikozidokkal (kardiális arhythmia);
- inzulinval és orális antidiabetikumokkal (vércukorszint-változás).

FIGYELMEZTETÉS

Adása óvatosságot igényel hipertónia és myocardialis insufficiencia esetén.

A beteg szimpatomimetikus aminokkal szembeni érzékenységére figyelemmel kell lenni!

Diabetes mellitusban alkalmazva szükségessé válhat az inzulin vagy az orális antidiabetikum adagjának újrateállítása.

Esetleges **túladagolás esetén** propranolol 1 mg/ml iv. inj. 1/2–1 ml/perc (max. 5 ml) adása ajánlott.

MEGJEGYZÉS

✱ Az injekció csak vénre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) megismételhető.

A tableta csak vénre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) megismételhető.

Asthma bronchialeban szenvedő betegeknek a tüdőbeteg-gondozó, belgyógyászati, gyermekgyógyászati szakrendelés szakorvosa, valamint a belgyógyász, gyermekgyógyász csoportvezető főorvos kórházi javaslat alapján térítésmentesen rendelheti.

CSOMAGOLÁS

10×1 ml amp. 3,70 Ft; 20×2,5 mg tabl. 2,90 Ft.

Egyt

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

TARABA ISTVÁN DR.,
HERING ANDREA DR.
ÉS BÉKÉSY ZSUZSANNA DR.

Peritonealis dialízishez társuló peritonitis „járvány”

Országos Belgyógyászati Intézet (igazgató: Petrányi Gyula dr.)
Fővárosi KOJÁL (főigazgató: Pataky Júlia dr.)

A szerzők 2236 peritonealis dialízis kapcsán észlelt peritonitiszokról számolnak be. Mint legfontosabb fertőzési forrást a dialízis folyadék előkészítésére használt vízfürdőt emelik ki. A folyadék kívánt hőmérsékletre történő felmelegítésére a légtermosztátot vagy a kontakt elektromos melegítést javasolják. Az ily módon végzett kezelések során a peritonitis gyakorisága közel egytizedére csökkent.

Peritonitis „epidemic” associated with peritoneal dialysis. Peritonitis was observed following peritoneal dialysis in 2236 cases. The source of the infection was most frequently the water bath used in preparation of dialysis fluid. In order to prevent infection, incubator or contact electric warming are suggested to reach the required temperature of the fluid. In these cases occurrence of peritonitis fell to about one-tenth.

Magyarországon és külföldön is egyre szélesebb körben terjed el a peritoneális dialízis (PD) a veseelégtelenségben szenvedő betegek kezelésére. Előnyeiről és technikájáról számos közlemény jelent meg, s a teljesség igénye nélkül csak néhány magyar nyelvű összefoglaló munkát említünk meg (4, 7, 16, 27, 28). A közlemények szinte kivétel nélkül kitérnek vagy tárgyalják e kezelés legsúlyosabb, nemegyszer halálos kimenetelű, de mindenképpen a további kezelést veszélyeztető komplikációját, a peritonitist.

Az Országos Belgyógyászati Intézet Dialízis Osztályán 1976 óta végzünk rendszeresen PD kezelést. Ez alatt az idő alatt észlelt peritonitisek gyakoriságát, az azokban egyidőben tapasztalt halmozódást, ennek epidemiológiai-kórházhigiénés vonatkozásait, ill. a felszámolására tett lépéseket, s ennek eredményességét foglaltuk össze. Eredményeinkkel főleg a kezelést végző, ill. annak elkezdésére készen álló osztályoknak kívánunk segítséget nyújtani.

Módszer

Az Országos Belgyógyászati Intézetben krónikus veseelégtelenség miatt a peritonealis dialízis kezelést beszűkült vesefunkciók mellett akkor kezdtük el, ha a kreatinin clearance 5 ml/min vagy ennél kevesebb. A betegek IPD (Intermittáló Peritoneális Dialízis) kezelési programba kerültek. A kezeléseket kétmandzsettás Tenckhoff-katéterrel (Quinton Q I 3244) végeztük, melyet steril körülmények között, műtőben, alsó medián mikrolaparotómiai metszéssel helyeztek a hasüregbe. A katéterek behelyezése a Semmelweis OTE II Sebészeti Klinikáján, ill. az Országos Traumatológiai Intézetben történt. A műtét beavatkozást követően néhány órán belül megkezdjük az első dialízis kezelést.

A dialízist 1978–1979-ig hetenként 2 alkalommal 24 órán keresztül, 1980-tól hetenként 3 alkalommal 9 órás kezelés formájában végeztük. A hetenként felhasz-

nált folyadékmennyiség általában 48 liter volt betegenként. Kezelésre a Gödöllői Humán Peridisol elnevezésű oldatait használtuk.

A kezeléseket megközelítően egyórás dializálási ciklusokra osztottuk, amely kapcsán 1–2 liter Peridisol oldatot juttattunk a hasüregbe. A folyadékot előzetesen $38 \pm 1^\circ\text{C}$ -ra melegítettük fel. A testhőmérsékletnél alacsonyabb hőmérsékletű folyadék ugyanis vazokonstriktort idéz elő, s ezzel rontja a PD hatását. A dializáló oldat felmelegítésére a vizsgálati időszak első felében a laboratóriumokban használatos vízfürdőt alkalmaztuk. E vízfürdőbe helyeztük a peridisol üvegeket és 4–6 órás felmelegedési idő után helyeztük fel transzfúziós állványokra a szabványos infúziós üvegtartókba.

A vizsgálat második szakaszában (1980–1981-ben) az oldatokat a kezelést megelőző este termosztatba helyeztük (Labor MIM LP 103 típus). Ennek légtartalma $0,24 \text{ m}^3 = 240 \text{ liter}$, s így benne körülbelül 70 db. literes üveg helyezhető el könnyűszerrel. A megfelelő hőfokra beállított és referencia palackkal ellátott termosztátban az oldatok hőmérséklete a másnap reggeli felhasználáskor $38 \pm 1^\circ\text{C}$ volt.

A dialízisek jelentős részét az intézetünkben kifejlesztett PDK-8 típusú készülékkel végeztük, melynek saját melegítő palacktartói vannak, s ez a folyadék-hőmérsékletet automatikusan az optimális értéken tartja.

A dialízis megkezdését mindig steril izolálás, alapos kézmosás, dezinficiálás után egyszer használatos steril kesztyűben végeztük. A Tenckhoff-katéter záródugójának eltávolítása után a hasüregből néhány milliliter folyadékot steril kémcsőbe fogtunk fel és a Sem-

1. táblázat. PD-sel kezelt betegek adatai

1977–1979-ben és 1980–1981-ben		
Betegek száma	12 ¹	19
Betegek átlag életkora (év)	39,1	33,6
Kezelési idő (hónap)	104	110
Elvégzett dialízisek száma	732	1504
Peritonitis előfordulása	9	2
Peritonitis előfordulása a dialízisek százalékában	1,21	0,13

Név	Kitenyészített baktérium	Erythromycin	Penicillin	Oxacillin	Lincomycin	Chlorocid	Sumetrolim	Tetracyclin	Neomycin	Nitrofurantoin	Polymyxin B	Ampicillin	Centamycin	Nalidixsav	Streptomycin	Carbenicillin	Kanamycin
B. J.	♀	Klebsiella sp.								+	m	+		+			
S. P.	♂	Klebsiella sp.								+	m	+		+			
P. L.	♂	Klebsiella sp.								+	m	+		+			
D. B.	♀	Klebsiella sp.								+	m	+		+			
D. O.	♂	Klebsiella sp.							+	+	m	+		+		+	+
		P. aeruginosa										+		+			
M. L.	♀	Klebsiella sp.							+	+	m	+		+			+
Sz. J.	♀	E. Coli							+	m	+	+		+		+	+
		Klebsiella sp.								+	m	+		+	m	+	

melweis OTE Mikrobiológiai Intézetébe bakteriológiai vizsgálatra küldtük. A bakteriológiai vizsgálatokat Gyarmati István dr. adjunktus végezte, melyet ezúton is köszönünk. A Dialízis Osztály higiénés vizsgálatát a KÖJÁL Kórházhygiénés Osztálya végezte.

Eredmények

(Klinikai és járványügyi vizsgálatok)

Krónikus PD kezelésben 1977–1979-ig terjedő első időszakban 12 beteg részesült (6 nő, 6 férfi). A betegek átlagéletkora 39,1 év volt (20-tól 49-ig). A kezelési idő összesen 104 hónap volt, ez alatt bakteriológiailag igazolt és klinikailag is peritonitisnek tartott elváltozás 9 alkalommal fordult elő.

E két éves periódus kezelési adatait az 1. táblázat első oszlopában foglaltuk össze. A peritonitisek gyakoriságát az elvégzett dialízisek gyakoriságát az elvégzett dialízisek százalékában fejeztük ki, mely 1,21% volt.

Két betegen a kezelési idő alatt kétszer, öt betegen egyszer volt peritonitis. Az elvégzett bakteriológiai vizsgálat a szórványos esetekben Escherichia coli-t, Pseudomonas aeruginosát, ill. Klebsiella sp.-t az alább részletezett halmazott esetekben Klebsiella sp.-t mutatott ki, mint kórokozót (2. táblázat).

Az említett peritonitis esethalmozódás 1978 novemberében történt. Ugyanazon a napon (mégpedig egy kezelést követő napon) 4 betegen jelentkezett egyszerre láz, hányinger, hasi fájdalom. Mind a

4 beteg hasúri folyadékából Klebsiella tenyésztett ki. Ellentétben az első 3 peritonitises esettel, amikor szintén Klebsiella sp. volt az észlelt kórokozó, de a szövödmény több hónapos időközökkel jelentkezett, az egyidőben fellépő panaszok alapján egyértelműen epidemiológiai vizsgálat vált szükségessé a fertőzés kiindulópontjának felkutatására. A környezetbakteriológiai vizsgálatnál elsősorban azok az eszközök, tárgyak kerültek vizsgálatra, amelyek a beteggel vagy a dializáló oldattal, annak szerelékével közvetlen érintkezésbe kerülhettek. A fertőzéseket előidéző baktérium fajtájára való tekintettel elsősorban a „nedves” helyeket vizsgáltuk. Köfábi tenyésztéseink során (21; Jákó) azt találtuk, hogy infúziós oldatokban a Klebsiella nemcsak életben marad, hanem szaporodik is. Ilyen elgondolások alapján vett környezetbakteriológiai vizsgálatnál a 3. táblázatban közölt eredményeket kaptuk.

A betegek peritonealis folyadékából kitenyészített Klebsiella sp. fág típusa azonos volt a vízfürdőből kitenyészítettével. Mind a 4 betegünk kombinált antibiotikus kezelésben részesült a bakteriológiai vizsgálatnál egyidőben elvégzett antibiotikum érzékenységrek megfelelően. A neurotoxikus Polymyxin B-t azoknak a betegeknek, akiknek a veséi már nem működtek, csökkentett dózisban adtuk szisztémásan, valamint a tovább végzett forszírozott PD kezeléssel lokálisan is. A peritonitist az erőfeszítések ellenére sem sikerült gyógyítani, s a szepszis kialakulását megakadályozni. Három beteget elvesztettünk.

A vízfürdőben történő melegítésről ezt követően 1979 januártól légmelegítésre tértünk át, s az oldatok szükséges felmelegítését termosztatban végezzük, amelyben kb. 12 óra alatt érjük el a kívánt folyadékhőmérsékletet. 1981-től az Intézet irányításával elkészített PDK-8 típusú automata készülékkel dolgozunk, mely a folyadék felmelegítését e célra készített elektromos fűtési palackokkal külső köpenyfűtéssel végzi. Ezen idő alatt végzett PD-kezelések számát, peritonitisek előfordulását az 1. táblázat második oszlopában foglaltuk össze.

E periódusban 1980–1981-ben 19 beteget kezeltünk (12 férfit, 7 nőt), átlagéletkor 33,6 év (21–55 évig), a kezelési idő 110 beteghónap volt. Két-

3. táblázat. A Főv. KÖJÁL Kórházhygiénés osztályának epidemiológiai vizsgálati eredményei

Vizsgált anyag/tárgy	Anyag-szám	Steril	Kórokozó Pozitív
Fecskendő	3	3	
PD katéter gumi dugója	3	3	
Csipesz	1	1	
PD műanyag szerelék	5	5	
Oldatmelegítő vízfürdő	3		2 (Klebsiella/fágtípus: IV A/1)
Körömkefe	2		1 (Klebsiella/fágtípus: IV A/1)
Szappan	1		1 Enterobakt, Citrobakt.
Mosdó kifolyó szifon	1	—	

4. táblázat. A kórokozók antibiotikum érzékenysége

Név	Kitenyészített baktérium	Penicillin	Oxacillin	Methicillin	Ampicillin	Carbenicillin	Ceporin	Streptomycin	Kanamycin	Neomycin	Gentamycin	Chlorocid	Tetracyclin	Polymixin-B	Furadantin	Nevigramon	Vancomycin	Erythromycin	Oleandomycin	Pyostacin	Lincomycin	Supraseptyl	Sumetrolim
H. J.	♂	E. coli										+	+										
H. J.	♂	E. coli										+		+		+						+	
H. J.	♂	E. coli						+	+	+	+	+	+										
H. J.	♂	E. coli						+	+	+	+	+	+										
H. J.	♂	Klebsiella sp.				+								+		+							
H. J.	♂	S. aureus													+		+			+			
H. J.	♂	Diphtheroid												+			+			+		+	
G. I.	♂	E. coli									+			+									
G. I.	♂	E. coli									+			+		+							
Sz. T.	♂	Enterococcus			+	+						+		+			+						
Sz. T.	♂	S. aureus	+	+			+	+	+	+	+	+			+		+	+	+	+	+		
Sz. T.	♂	Proteus vulgaris									+												
J. G.	♂	Enterococcus			+	+					m			+			+						
P. A.	♂	S. aureus					+					+		+			+			+			
B. M.	♂	E. coli				+																	
B. M.	♂	Klebsiella sp.								+				+									
B. M.	♂	P. aeruginosa								+				+									
B. M.	♂	S. aureus										+											
B. M.	♂	Polyresistens diphtheroid																+					
B. J.	♂	Enterococcus			+	+								+				+					
V. I.	♂	S. aureus	+	+	+	+	+										+	+	+	+	+		
V. I.	♂	E. coli				+																	
V. I.	♂	Klebsiella sp.				+																	
Gy. T.	♀	E. coli						+	+	+	+	+		+									
G. I.	♂	E. coli										+	+	+									

szer fordult elő peritonitis, ez a végzett kezelések százalékában 0,13. Ez összehasonlítva az első időszak mutatójával, komoly javulást jelent.

A kitenyészített kórokozók antibiotikum-érzékenységét a 4. táblázatban foglaltuk össze. A két alkalommal észlelt peritonitis kórokozója: 1. E-coli, S. aureus. 2. E. coli, Klebsiella sp., P. aeruginosa.

Mindkét esetben sikerült a peritonitist meggyógyítani kombinált systemás és localis antibiotikus kezeléssel (Gentamycin, Ceporacin), bár az egyik betegnél a kialakult peritoneális összenövések miatt HD kezelésre kellett áttérni.

Megbeszélés

A PD-kezelések száma évről évre nő. Ennek oka nemcsak a gazdasági, hanem az orvosi és társadalmi előnye is. Széles körű elterjedésének legnagyobb akadálya, hogy a krónikus dialízis kezelése elég gyakori komplikációja a peritonitis. Gyakorúságát az elvégzett dialízisek százalékos arányában kisebb-nagyobb betegcsoporton vizsgálva 0,1–3,9% között adják meg (5, 11, 12, 24, 25).

A peritonitisek diagnózisát illetően az álláspont nem teljesen egységes. Magunk a peritonitist és peritonizmust a bakteriológiai lelet alapján különítjük el. A zavaros peritoneális öblítő folyadék és peritonitisek izgalmi jelek peritonizmusra jellemzők, s csak a kórokozó kimutatása esetén tartjuk a folyamatot peritonitisnek. A peritonizmust „steril” peritonitisnek tekintjük, melyet a perito-

neum fizikai, kémiai ingerlése vált ki, pl. ha a dializáló folyadék összetétele nem kímélő (fiziológiától eltérő pH erősebben savi vegyhatás, stb.). Ismert ugyan, hogy peritonitist gombafertőzés is okozhat (1, 2), de az esetek túlnyomó többségében mégis baktérium a kórokozó (3, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 26).

Anyagunkban a bakteriális peritonitist vizsgáltuk és ennek megelőzését tűztük ki célul. A peritoneum baktériumfertőződése nagyon gyakran a bőrről, a katéter mellett felkúszó fertőzéssel történik. Valószínűségét csökkenti a Tenckhoff-katéterre fixált kettős dakron—filc mandzsetta, mely mintegy „kettős védelmi vonalat” jelent a felszálló fertőzéssel szemben. A másik fertőzési forrás a dializáló folyadék, ill. a folyadékot továbbító csőrendszer valamely része, mely baktériummal szennyeződik: az üvegek átszűrésére használt tű, a katétert és a továbbítócsövet összekötő műanyag cső stb. Ezek az összeállítás, ill. csere alatt is szennyeződhetnek — pl. a dolgozók kezétől — ill. minél gyakoribb érintésnek vannak kitéve (palackcserék száma), annál nagyobb a fertőzési valószínűség (6). A peritonitis százalékos előfordulása az osztály higiénés színvonalát, a dolgozók speciális szakképesítését mutatják (10).

Irodalmi adatok szerint a bőrről a peritoneumra kerülő kórokozók gyakran okozhatnak peritonitist. Betegeinken, Enterobacteriaceae családba tartozó baktériumok, és P. aeruginosa szerepeltek gyakran, S. aureus ritkán fordult elő. A halmo-

zottan előforduló peritonitis esetek vizsgálatakor pedig a dializáló oldatok melegítésére használt vízfűrdőből magas koncentrációban tenyésztett ki a *Klebsiella* sp. (fágtípus: IVA/1). Ugyanezt a törzset a betegek peritoneális folyadékából is kitenyésztették. Nagyon valószínű tehát, hogy az üvegek oldaláról, azok infúziós állványra felfüggesztésekor a szennyezett víz az üveg szájához, ill. a gumidugóhoz folyt, amit a nővér a dugó átszűrésekor az üvegbe vitt. Hasonló fertőzési útról Mader és mtsai, Gauntner és mtsai, valamint Kolmos és Hemmeloft-Andersen is beszámolt. A fertőzés súlyosságát fokozta, hogy a kórokozó *Klebsiella* sp. újabban mint kórházi törzs szerepel (8, 23), s a poliresistens kórokozót iatrogén betegkárosítás nélkül nem lehetett szanálni.

Az elvégzett epidemiológiai vizsgálat alapján megszüntettük a vízfűrdőben történő folyadék-előmelegítést és a közleményben szereplő kezelések második csoportjában kizárólag lég- vagy kontakt melegítést alkalmaztunk. A második vizsgálati periódusban előfordult kisszámú peritonitis alapján az IPD kezeléshez szükséges folyadék előmelegítésére, a fertőzés szempontjából veszélyes vízfűrdő helyett, az azonos hatékonyságú és epidemiológiailag nem kifogásolható légtermosztát használatát javasoljuk.

Az automata készülékek alkalmazásával az irodalmi adatok szerint is a peritonitisek előfordulása kisebb (10). Javasolt ezért, hogy intermittáló vagy ciklikus PD kezelésre is automatizált készülé-

ket használjunk, mely a dializáló folyadék hőmérsékletét biztonsággal és pontosan a kívánt értéken tartja és egyben kizárja a közleményben részletezett fertőzési utat.

IRODALOM: 1. Andersen, K. E. H., Olsen, H.: Scand. J. Infect. Dis. 1978, 10, 91. — 2. Arfania, D. és mtsai: Arch. Intern. Med. 1981, 141, 61. — 3. Ayus, J. C. és mtsai: Clin. Nephrol. 1979, 11, 129. — 4. Berkesy S., Tóth L., Pintér J.: Orvosképzés 1972, 47, 117. — 5. Brewer, T. E. és mtsai: J. A. M. A. 1972, 219, 1011. — 6. Casewell, M., Phillips, I.: Brit. Med. J. 1977, 2, 1315. — 7. de Chatel, R.: Orvosképzés 1976, 51, 300. — 8. Cooke, E. M., Brayton, J. C., Edmonton, A. S.: J. Hyg. (Camb.) 1979, 82, 473. — 9. Fuchs, C. és mtsai: Deutsch. Med. Wschr. 1980, 105, 291. — 10. Gauntner, W. C., Feldman, H. A., Puschett, J. B.: Clin. Nephrol. 1980, 13, 255. — 11. Golper, T. A., Bennett, W. M., Jones, S. R.: Dial. & Transplan. 1978, 7, 1173. — 12. Heal, M. R., England, A. G., Goldsmith, H. J.: Brit. Med. J. 1973, 4, 596. — 13. Karanicolas, S. és mtsai: Kidney Int. 1976, 10, 518. — 14. Karanicolas, S. és mtsai: C. M. A. Journal 1977, 5, 266. — 15. Karátson, A. és mtsai: Orv. Hetil. 1980, 121, 2632. — 16. Karátson A. és mtsai: Bel- orv. Arch. 1980, 33, 137. — 17. Kolmos, H. J., Andersen, K. E. H.: Scand. J. Infect. Dis. 1979, 11, 207. — 18. Kolmos, H. J., Andersen, K. E. H.: Lancet 1979, 1, 1355. — 19. Kottra, G., Taraba, I., Wahl, F.: Orvos és Technika 1979. — 20. Mader, J. T., Reinartz, J. A.: J. Chron. Dis. 1978, 31, 635. — 21. Kormos, E., Békésy, S., Jákó, Z.: J. A. Barth. 1977. Leipzig. — 22. DeMartin, A. és mtsai: Press. Med. 1978, 7, 3932. — 23. Montgo- merie, J. Z., Ota, J. K.: Arch. Intern. Med. 1980, 140, 525. — 24. Rae, A., Pendray, M.: J. A. M. A. 1973, 225, 937. — 25. Rubin, J. és mtsai: Kidney 1979, 16, 619. — 26. Rubin, J. és mtsai: Nephron 1976, 16, 220. — 27. Pintér J.: Medicina 1973. — 28. Taraba I., Balás E. A.: Orv. Hetil. 1980, 122, 1899.



REANAL

HAEMOSTASIS DIAGNOSZTIKAI KÉSZLETEK:

AGGRISTIN-KIT a Willebrand-betegség laboratóriumi vizsgálatára
Ára: 606,- Ft.

AGGRISTIN PLUS ADP, ADRENALIN vérzékeny betegek gyors laboratóriumi szűrővizsgálatára
Ára: 733,- Ft.

APTI az aktivált partialis thromboplastin idő vizsgálatára
Ára: 368,- Ft.

TÓTH PÉTER DR.
ÉS MOLNÁR EMMA DR.

A fejlődési rendellenességek ún. fizikális szűrése a minor jelek figyelembevételével

Városló Kórház, Sopron, Gyermekosztály (főorvos: Tóth Péter dr.)

A szerzők pozitív családi anamnézist, dysmaturitást és 6 minor anomáliát tartalmazó, Méhes által 1977-ben kidolgozott pontrendszer alkalmazásával 2347 újszülöttet vizsgáltak meg. 58, három, vagy ennél több pontos, megszületéskor épnek látszó újszülött utánvizsgálata során 11 esetben (19%) rejtett fejlődési rendellenességeket találtak, melyek között a szívhibák és a húgyúti fejlődési rendellenességek domináltak. Eredményeiket értékelve a „score” nagy gyakorlati hasznára hívják fel a figyelmet a rejtett fejlődési rendellenességek korai felismerésében.

So called physical check examination of developmental disorders taking into consideration minor anomalies. The score system of Méhes elaborated in 1977 which includes the positive family history, dysmaturity and 6 minor anomalies was applied in the examination of 2347 neonates. Of 58 neonates with 3 or more scores appearing sound at birth 11 (19%) displayed hidden developmental anomalies at post-examination, among which heart defects and ureteral developmental disorders were dominating. Evaluating their results the authors draw attention to the significant practical advantage of the „score” in early recognition of hidden developmental disorders.

A minor rendellenességek, vagy minor jelek olyan kicsiny, szabad szemmel vagy tapintással is felfedezhető morfológiai abnormitások vagy variánsok, amelyek egészséges emberekben is előfordulnak, de gyakoriságuk sokkal nagyobb a veleszületett ártalmak különböző fajtáiban (7, 10, 15).

Kimutatták, hogy főleg többszörös előfordulásuk a látszólag ép újszülött belső szervi rendellenességére utalhat (10, 12), ugyanakkor több minor jel észlelhető a dysmaturus újszülöttekben (5, 8) és azokban, akiknek családjában már előfordult fejlődési hibás gyermek (14). Mivel az utóbbi tényezők önmagukban is gyakran társulnak veleszületett ártalmakkal, Méhes 1977-ben olyan pontrendszert javasolt, amely a minor jelek, az intrauterin hypotrophia és a pozitív családi anamnézis együttes figyelembevételével segíthet a rejtett rendellenességek korai felismerésében (2, 13).

A módszert tudomásunk szerint több újszülöttosztályon bevezették, de írásos értékelése csak Besenyei és mtsai (1) viszonylag kis számú anyagában történt meg. Ezért érdemesnek látszik a pontrendszerrel szerzett tapasztalataink ismertetése a mindennapi gyakorlat számára.

Anyag és módszer

A soproni Városló Kórház Újszülött Osztályán 1979. szept. 1. és 1981. aug. 31. között 2347 élveszületés volt. Ezek mindegyikében elvégeztük a pontozást

az eredeti leírás szerint (13): 2–2 pontot adtunk, ha az újszülött súlya a 10-es percentil alatt volt és ha a szülők, azok testvérei és a nagyszülők körében veleszületett rendellenesség, halvaszületés, vagy egynél több spontán vetélés fordult elő. 1–1 pontot adtunk az alábbi minor jelek észlelésekor:

Antimongoloid szemzés

Hypertelorizmus oculi

Praeauricularis fistula és/vagy gumó

Mamilla rendellenesség: hiányzó vagy szám feletti emlőbimbó, a szokásosnál távolabb ül mamillák, ahol az intermamillaris index 28, vagy nagyobb (11).

Néguyujjas barázda

Hallux rendellenesség: túl nagy, széles vagy túl kicsiny dorsoflexált öregujj, túl nagy rés az I. és II. lábujj között.

Összesen 63 újszülött, vagyis a válogatás nélküli anyag 2,7%-a kapott 3, vagy több pontot. Ebből 5-ben a születés után rögtön felismerhető major rendellenességet észleltünk, így őket a további vizsgálatokból kihagytuk. Összesen tehát 58, újszülöttkorában tünetmentes gyermek nyomon követését, ill. utánvizsgálatát végeztük el félévenként, 1982. május 15-ig. Ekkor a legidősebb ellenőrzött gyermek 2,5 éves, a legfiatalabb 8 hónapos volt. Az utánvizsgálatok során elsősorban a gyermekek általános testi és szellemi fejlődését, vérképét és vízeletét figyeltük. Részletesebb laboratóriumi, radiológiai stb. módszereket csak panaszok, ill. a fenti „rutin” vizsgálatok kóros lelete esetén alkalmaztunk.

1. táblázat. Az újszülöttkorban kiszűrt összes és a közülük később kórosnak bizonyult gyermekek megoszlása a pontrendszer összetevői szerint

	Összes kiszűrt tünetmentes újszülött			Később kórosnak bizonyult gyermek		
	3 pontos	4 pontos	5 pontos	3 pontos	4 pontos	5 pontos
Pozitív családi anamnézis	17	3	3	1	1	2
Dysmaturitás	20	10	2	2	3	2
Antimongoloid szemrész	6	2	—	—	—	—
Hypertelorizmus oculi	10	6	1	3	3	—
Praeauricularis fistula és/vagy gumó	7	2	1	1	—	—
Mamilla rendellenesség	11	10	2	3	3	1
4-ujj barázda	14	5	1	2	1	1
Hallux rendellenesség	4	1	—	—	1	—
Összesen	42	13 58	3	5	4 11=19%	2

Eredmények

Amint az 1. táblázatból látható, az 58 három, vagy több pontos, tünetmentes újszülöttről az utánvizsgálatok során 11-ben, azaz 19%-ban derült fény valamilyen súlyos veleszületett rendellenességre. Ezek pontszámában a dysmaturitás játszotta a legfontosabb szerepet. A teljes anyag 55%-ában, míg a később kórosnak bizonyult gyermekek 64%-ában az intrauterin hypotrophia kombinálódása valamelyik minor jellel volt a magas pontszám oka. Ez az eredmény is megerősíti azokat a tapasztalatokat, hogy a dysmaturusok között gyakoribbak a rejtett fejlődési rendellenességek (8, 17). Eseteink között a leggyakoribb minor jelek a mamilla rendellenességek, a négyujjas barázda és a hypertelorizmus oculi voltak.

A magas pontszám alapján kiszűrt major defectusok diagnózisait a 2. táblázatban mutatjuk be. Az újszülöttkorban fel nem ismert veleszületett rendellenességek között a szívhibák és a húgyúti rendellenességek domináltak.

Megbeszélés

Munkánk több szempontból bírálható. Egyrészt nem végeztük el a 0, 1 és 2 pontos újszülöttek rendszeres utánvizsgálatát, így lényegében kontroll csoport nélkül értékeltük a 3 és több pontosságokat. Ezt azért nem tettük meg, mert területünk csaknem minden beteg csecsemője és kisdedje

2. táblázat. Az újszülöttkorban tünetmentes, 3 és több pontos gyermekek diagnózis szerinti megoszlása, akikben az utánvizsgálatok során veleszületett rendellenességet találtunk

Diagnózis	Újszülöttkori pontszám			Összesen
	3	4	5	
Vitium cordis cong.	4	—	—	4
Húgyúti fejl. rendell.	—	3	1	4
Microcephalia	—	1	—	1
Hypoplasia laryngis	1	—	—	1
Nanosomia	—	—	1	1
Összesen	5	4	2	11

integrált kórházterületi szolgálatunk kezelésébe került, így az azonos időszakban felismert veleszületett rendellenességek legtöbbje tudomásunkra jutott. Ezek aránya maximálisan 6%-ra becsülhető és mindenképpen messze elmarad a 3—5 pontos újszülöttek között tapasztalt 19%-os gyakoriságtól. Másrészt, utánvizsgálataink viszonylag rövid ideig, átlagban 1,5 éves korig tartottak, de hozzátehetjük, hogy a 11 esetből 8-ban a rejtett abnormitást már az első életévben kimutattuk. Hosszabb ideig végzett nyomon követéssel feltehetően még több somaticus rendellenességet, elsősorban a csecsemőkorban rossz hatásfokkal diagnosztizált húgyúti abnormitást (3) fedezhettünk volna fel és különösen sok értelmi fogyatékoságban, iskolai és magatartászavarban megnyilvánuló enyhébb idegrendszeri laesióra deríthettünk volna fényt (4, 6, 9, 16, 18, 19).

Mindezek ellenére szerény tapasztalaink gyors közlésére azért vállalkoztunk, mert adataink szerint az újszülöttek rutinszerű vizsgálatakor elvégzett „fizikális szűrés” már a csecsemőkorban is hozzájárulhat a rejtett major rendellenességek jelentős részének felismeréséhez. A módszer semmiféle műszert, speciális tudást nem igényel, csupán az újszülött alapos fizikális vizsgálatát és a családi adatok, valamint a gesztációs kor és születési testméretek gondos regisztrálását kívánja meg, ami más szempontból is hasznos tevékenység. A „score” használatával a körzeti gyermekorvosi gondozás is hatékonyabb lehet a rejtett fejlődési rendellenességek felismerésében.

A pontrendszer összetevőinek relatív értékét és a későbbi életkorokra esetleg kivetíthető prognosztikai hasznát természetesen a jelenleginél hosszabb távú, kontrollált vizsgálatok hivatottak tisztázni.

IRODALOM: 1. Besenyei M. és mtsai: Magyar Pediáter 1979, 13, 153. — 2. Boda D.: Gyermekgyógyászat. Medicina, Budapest. 1981, 497. old. — 3. Czeizel E., Bálint J.: Népegészségügy 1977, 58, 104. — 4. Firestone, P. et al.: J. Child. Psychol. Psychiat. 1978, 19, 155. — 5. Hook, E. B. et al.: Teratology 1976, 13, 47. — 6. Links, P. S. et al.: J. Autism. Develop. Dis. 1980, 10, 273. — 7. Marden, P. M. et al.: J. Pediat. 1964, 64, 357. — 8. Meggyesy, V., Méhes, K.: Kinderärzliche

Praxis 1977, 45, 117. — 9. Meggyesy, V. et al.: Acta paediat. Acad. Sci. Hung. 1980, 21, 175. — 10. Méhes, K. et al.: Helv. Paediat. Acta 1973, 28, 477. — 11. Méhes, K., Kitzvéger, E.: J. Pediat. 1974, 85, 90. — 12. Méhes, K.: A follow-up study of infants with minor malformations. In: Szabó, G., Papp, Z. (Eds.): Medical Genetics. Akadémiai Kiadó — Excerpta Medica, Budapest—Amsterdam, 1977, pp. 483—486. — 13. Méhes, K.: Acta paediat. Acad. Sci. Hung. 1977, 18, 61. — 14. Méhes, K.: Klinische Bedeutung der „Minor“-Anomalien. In: Tolkdorf, M., Spranger, J. (Eds.): Klinische

Genetik in der Padiatrie. G. Thieme, Stuttgart, 1979, pp. 26—28. — 15. Smith, D. W.: Minor malformations: their relevance and significance. In: Hook, E. B., Janerich, D. T., Porter, I. H. (Eds.): Monitoring, Birth Defect and Environment. Academic Press, New York—London, 1971, pp. 169—175. — 16. Steg, J. P., Rapa-port, J. L.: J. Autism. Child. Schizophr. 1975, 5, 299. — 17. Tóth, P. et al.: Acta Paediat. Acad. Sci. Hung. 1978, 19, 99. — 18. Waldrop, M. F. et al.: J. Child. Psychol. Psychiat. 1976, 17, 113. — 19. Waldrop, M. F. et al.: Science 1978, 199, 563.

az



1983. I. félévi kiállítási programja

Május 10–13.

Május 24–június 3.

Június 14–18.

Korszerű laboratóriumok eszközei kiállítása a Bemutatóteremben

Egészségügyi Újítók kiállítása a Bemutatóteremben

„BORZE” Győrben



Bemutatóterem

Bp. VI., Népköztársaság útja 36.
Nyitva: naponta 9–16 óráig

Kiállításainkra minden érdeklődőt szeretettel várunk



Orvosi Műszerkereskedelmi Vállalat

VITAMIN E

KAPSZULA 100 mg, OLAJOS INJEKCIÓ 30 mg.

OSSZETÉTEL: 1 kapszula 100 mg tocopherolum aceticum, 1 amp. (1 ml) 30 mg tocopherolum aceticum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Felnőttek: Sterilitás, habitualis abortus, abortus imminens, terhesség és lactatio alatt a fokozott E-vitamin szükséglet kiegészítésére, oligo- és amenorrhoea, menopausa-syndroma. Endarteritis obliterans, localis keringési és trophias zavarokon alapuló végtag-megbetegedések. Gyerekek: Újszülöttkori sclerodéma, atrophia, dystrophia, coeliakia, sprue, malabsorptio, epe-út-elzáródás, csökkent capillaris resistenciával járó kórállapotok, égszbetegség, dystrophia musculorum progressiva.

ADAGOLÁS: Felnőttek: Általában hetente 1–2 alkalommal napi 1–3 kapszula vagy hetenként 2–3 amp. im. Menopausa-syndroma kezelésére naponta 2–3 kapszula, 2–3 hétig, ha a panaszok csökkennek, másodnaponta 1 kapszula további 5–6 héten át. Habitualis abortus, abortus imminens esetén adagja allyloestrol tartalmú készítményekkel (pl. Turinallal) kombinálható. Súlyosabb esetekben napi 150–130 mg im. Gyerekek: Általában 3–12 hónapos korig napi 0,3–1,0 ml im. 1–14 évesig hetente 2–3 alkalommal 1 kapszula vagy 0,5–1,5 ml im. naponta. Ezek az adagok kb. a feltételezett napi szükségletnek felelnek meg (substitutios adagok). Farmakológiai hatás elérésére (pl. égszbetegségeken), dystrophia musculorum progressivában, ezeknek az adagoknak sokszoros (5–10-szeres) adandó. Újszülöttkori sclerodémában 0,3–0,5 ml im., 2–5 napon át. Hazai vizsgálatok alapján indokoltnak látszik a mesterségesen táplált csecsemőket (2–12 hó között) a hiányállapot (alacsony vérszint) elkerülése végett E-vitamin substitutióban részesíteni.

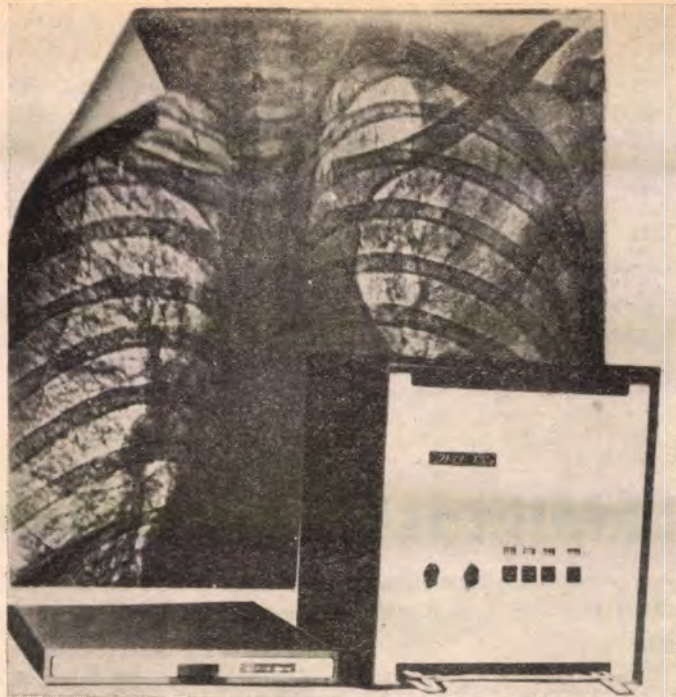
MEGJEGYZÉS: Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal ismételhető).

CSOMAGOLÁS: 10 db kapszula
5 × 1ml ampulla

térítési díj: 6,30 Ft.
térítési díj: 3,30 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest





Előállíthatja a röntgenogramot
max. 2 perc alatt az

ERGA-O2

elektorröntgenográfiai készülék
segítségével

ERGA-O2

- helyettesíti a fotólaboratóriumot a röntgenszobában;
- minden típusú röntgenkészülékkel üzemeltethető;
- a viszonylag kis méret és alacsony súly következtében felhasználható a mobil röntgenhelyiségekben is.

FŐ MŰSZAKI ADATOK:

Az elektorröntgenogram mérete, mm	300×400, 240×300
Fényérzékenység, r^{-1}	min. 150
Egy röntgenogram előállításához szükséges idő, perc	max. 2
Felvett teljesítmény, W	150-ig
Méretetek, mm	
készülék	473×414×443
fixáló egység	406×473×68
A készülék súlya, kg	35

Exportőr: V/O



MEDEXPORT

Szovjetunió, 113461, Moszkva ul. Kahovka, 31.

Telefon: 121 01 54

Telex: 411247, 411951 Medex su.

PALÓCZI KATALIN DR.,
KRASZNAI GÉZA DR.,
SZAKÁLL SZABOLCS DR.
ÉS SZEGEDI GYULA DR.

Angioimmunoblastos lymphadenopathia immunoblastos sarcomás transzformációja

Debreceni Orvostudományi Egyetem, III. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Szegedi Gyula dr.)
Megyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet, Szolnok
Megyei Kórház-Rendelőintézet, Debrecen

A szerzők a hazai irodalomban először egy angioimmunoblastos lymphadenopathiás betegük esetét ismertetik, akinél autoimmun betegséghez, PCP-hez társult a nyirokcsomó-folyamat. Esetükben az angioimmunoblastos lymphadenopathiát igazoló két nyirokcsomó-biopszia között több mint 10 évig tartó tünetmentes időszakot követően a betegség rohamosan progrediált és immunoblastos sarcoma alakult ki. Az elvégzett immunológiai vizsgálatok alapján az irodalmi adatokkal egyezően úgy vélik, hogy a szervezet valamilyen immunológiai abnormalitása — jelen esetükben autoimmun betegség jelenléte — hajlamosító tényezőt jelenthet az immunrendszer tumorainak kifejlődésében, a valódi malignus lymphomák létrejöttében is.

Immunoblast sarcomatous transformation of angioimmunoblast lymphadenopathy. The authors are the first to report in the Hungarian literature on the case of a patient suffering from angioimmunoblast lymphadenopathy, whose autoimmune disease, the PCP was associated with a lymph node process. Between the two lymph node biopsies confirming the angioimmunoblast lymphadenopathy 10 years passed symptom free. After this period the disease progressed rapidly and immunoblast sarcoma developed. On the basis of the immunological examinations, tallying with the literary data, the authors suggest that some kind of immunological abnormality of the organism — in this case the presence of the autoimmune disease — may have been the predisposing factor for the development of the tumors of the immune system, for the formation of real malignant lymphomas too.

1974—1975-től, Lukes és Tindle (19), Frizzera és mtsai (6, 7), Rappaport és Moran (27) munkássága nyomán tekinthető az angioimmunoblastos lymphadenopathia (AIBL) sajátos klinikai képpel és szövettani elváltozásokkal rendelkező önálló entitásnak.

Az AIBL betegség klinikai jellemzői között a láz, izzadás, fogyás, bőrkiütés, generalizáltan lymphadenomegalia, hepato-splenomegalia, gyakran haemolytikus anaemia szerepelnek.

A sajátos patológiás elváltozások a következők: 1. a kiserek (postcapillaris venulák) faág-szerű proliferációja, 2. immunoblastos, túlsúlyos B-dependens lymphoproliferatio, 3. amorph acidophyl interstitialis anyag felhalmozódása, 4. az alap-szerkezet változó mértékű obliterációja.

Az irodalomból számos más elnevezés is ismert (19, 24, 30), de a legelfogadottabb az AIBL, miután a betegség diagnosztikus jellegzetességeit foglalja magában (1, 6, 7, 16, 21). A típusos szövettani elváltozások megtalálhatók a nyirokcsomókon kívül egyéb szervekben is, mint máj, lép, csontvelő, tüdő stb. (7, 19, 23, 28).

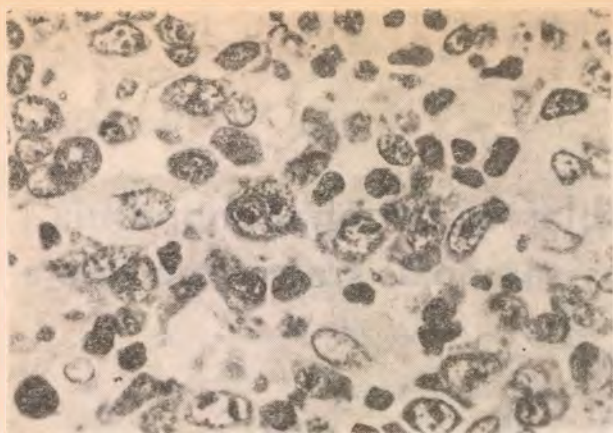
Az AIBL etiológia és patogenezise ismeretlen. Az első leírók hiperimmun B-dependens reakciónak tartják (19), amelynek szöveti képe hasonlít a „graft versus host” reakció során észlelt nyirokcsomó-elváltozásokhoz (6, 7, 10).

Előfordulhat önálló kórképként, de társulhat autoimmun betegségekhez (8, 11, 26, 27).

Az esetek egy részében gyors progressziót mutat, amit a kifejezett immunhiányos állapottal magyarázható ismételt fertőzések, vagy az alapfolyamat valódi rosszindulatúvá válása idézhet elő. Az esetek túlnyomó többségében az autopszia során is az eredeti szövettani diagnózist lehetett megerősíteni, de néhány esetben beszámoltak az AIBL malignus transzformációjáról is (3, 4, 5, 13, 14, 19).

Az autoimmun betegségekhez társuló nyirokcsomó-elváltozásokat, ezek között az AIBL-t 1976-ban ismertette Krasznai és Szegedi (18), míg az AIBL klinikai megfigyelése során észlelt malignus átalakulásról elsőként hazánkban Tóth és Garas számoltak be (29).

Közleményünk célja az általunk észlelt 12 AIBL-s beteg közül egy olyan eset ismertetése, akin autoimmun betegséghez társult a nyirokcsomó-elváltozás és nyomon követhettük a betegség malignus progresszióját is.



1. ábra: Angioimmunoblastos lymphadenopathia. Az immunoblastok között kétmagvú Sternberg-Reed-szerű óriássejt (középen). H. E. 350X

Esetismertetés

J. J. 1914-ben született férfibeteget először 1976. augusztus—szeptemberében kezeltük klinikánkon. A kórelőzményből kitűnt, hogy megelőzően már feküdt kórházban 1965-ben, amikor ízületi fájdalmak mellett generalizáltan megnagyobbodott nyirokcsomókat, fokozott vvt-süllyedést (100 mm/ó) észleltek. Ízületi bántalmak primer chronicus polyarthritist (PCP) feleltek meg. Nyirokcsomó-biopszia történt, amelyet malignus reticulosinak vélelmeztek. Kis dózisú szteroid kezelés mellett a klinikai állapot javult, nyirokcsomói megkisebbedtek.

1969 és 1974 között PCP-s ízületi fájdalmak miatt nem rendszeresen antireumatikumokat és szteroidot is kapott. 1976. augusztusban a fokozódó ízületi fájdalmak és friss cukorbetegség miatt került klinikánkra felvételre. Fizikális vizsgálat: axillaris és inguinális mindkét oldalon kifejezetten megnagyobbodott (mogorónyi-zölddiónyi) nyirokcsomók tapinthatók, mobilisak, fájdalommentesek. Máj mély belégzésben elérhető, lép nem tapintható. A kéz és a láb kisizületein típusos PCP-elváltozások.

A jobb axillaris régióban tapintható nyirokcsomóból biopszia történt, s ugyanakkor megtörtént az előző 1965-ös biopsziás anyag szövettani revíziója is (1. ábra: angioimmunoblastos lymphadenopathia). Kórszövettani vélemény: a szöveti kép alapján malignus folyamat nem erősíthető meg, a kép angioimmunoblastos lymphadenopathiának felel meg. Az 1965-ös biopsziás anyagban ugyancsak típusos AIBL-nak megfelelő kép látható.

A beteget jó állapotban hazaengedve a későbbiekben rendszeresen ellenőriztük, ízületi fájdalmak és kifejezett nyirokcsomó-növekedés miatt kis dózisú szteroid kezelést kapott.

1976. októberben került hasi fájdalom, ascites, hatalmasra megnagyobbodott nyirokcsomók miatti felvételre. A súlyos klinikai kép alapján felvetődött a nyirokcsomó-betegség malignizálódásának a lehetősége. Újabb biopszia történt, melynek szövettani diagnózisa immunoblastos sarcoma volt (2. ábra: immunoblastos sarcoma). Kombinált citosztatikus kezelés mellett (Vinblastin, Endoxan, Prednison) állapota számottevően nem javult, 1977. február 13-án tüdőgyulladás fellépését követő légzési-keringési elégtelenség tünetei között meghalt.

Az autopszia során a perifériás, valamint a mellkasi és hasi nyirokcsomó-régiók, a máj, a csontvelő és a lép érettségét lehetett igazolni. A részletes szövettani feldolgozás eredménye az utolsó biopszia leletével egyezően immunoblastos sarcoma volt.

Laboratóriumi adatok: Az első klinikai bent fekvésekor: a vvt süllyedés: 100 mm/ó, Hgb: 7,0 mmol/l, Htkrit: 0,34, fvs: 5600/mm³, kvalitatív vérkép: Ju: 2%, St: 8%, Se: 84%, Ly: 6%. Abszolút lymphocytaszám: 336/mm³. Az immunológiai vizsgálatok közül kiemel-

nénk: LE-sejt jelenség: negatív, direkt és indirekt Coombs-teszt: negatív, Se-összfehérje: 76,9 g/l. Elfo: albumin: 0,40, globulinok: α_1 : 0,7, α_2 : 0,3, β : 0,10, γ : 0,40. Immunelfo: IgG: 25 g/l, IgA: 8 g/l, IgM: 2 g/l.

A korai (aktív) E-rozetta képző lymphocyták aránya [Böyum (2) és Yu (31) módszere] a perifériás vérben mindössze 8%, az összes E-rozettát képző lymphocyták aránya [Jondal módszere (15)] ugyancsak 8%, ami feltűnően alacsony. Az slg pozitív sejtek aránya a perifériás vérben [Gergely és mtsai (12)] 17%, megegyezik a normális értékkel.

A nyirokcsomó-szuszpenzió sejtjeit vizsgálva is az látható, hogy a korai (aktív) E-rozettát képző sejtek aránya nagyon alacsony, mindössze 2%, az összes E-rozettát képző sejtek megoszlása is feltűnően alacsony, 18%. Az slg pozitív sejtek aránya 10%. Intracutan bőrpróba: PPD, Trichosan, Candida, Staphylococcus antigénnel: negatívak.

Megbeszélés

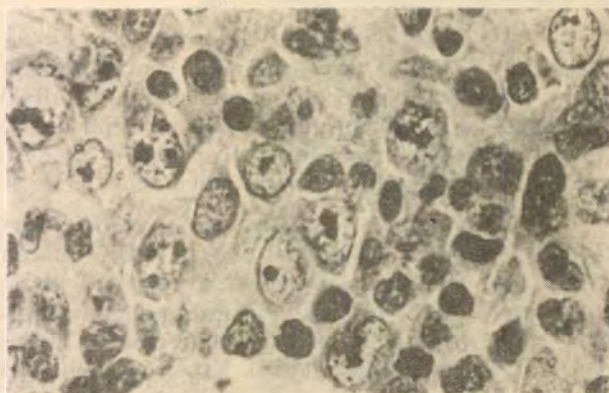
Mai ismereteink szerint az AIBL átmenetet képvisel a benignus reaktív nyirokcsomó-elváltozások és a malignus lymphomák között. Régebben, a klasszikus morfológiai vizsgálóeljárásokkal sok esetben a reticulo- vagy lymphosarcoma csoportba sorolták, vagy gyakran Hodgkin-kórnak kórismézték (19, 27).

Lukes és Tindle (19), majd Frizzera és mtsai (6, 7) különítették el először az AIBL-t, mint önálló entitást. Kiváltásában szerepet játszhat gyógyszer-túlérzékenységi reakció vagy egyéb, a szervezet élt krónikus antigén inger.

Lukes és Tindle (19) 32 esetük elemzése során 3 esetben észlelték AIBL után immunoblastos lymphoma kialakulását.

Úgy tűnik, hogy az AIBL patogenezisének és esetenkénti malignus átalakulásának magyarázásához szükséges a háttérben levő immunológiai károsodások tisztázása.

Eddigi vizsgálatok alapján felmerült, hogy a B-sejtek burjánzását a T-sejtek elsődleges funkcionális károsodása váltja ki (22). A figyelem főleg a szuppresszor T-sejtek kórosan csökkent működésére terelődött (9, 17). Mások véleménye szerint a funkcionális károsodás általánosabb, és mind a T-, mind a B-sejteket érinti (20, 25). A proliferáló sejtek főként B-sejt eredetűek (22), de lehetnek T-sejt típusúak is (25). A malignusan átalakult immunoglobulint már nem hordoznak sef T-, sem B-típusú marker tulajdonságokat (25, 21).



2. ábra: Immunoblastos sarcoma. Prominens nucleolus tartalmazó, nagy, világos magvú immunoblastok. H. E. 400X

Az AIBL, mint súlyos immundeficiens állapot, önmagában is rossz prognózisú betegség. Irodalmi adatok alapján is ritka a valódi malignus transzformáció, azaz immunoblastos lymphoma kialakulása.

Ismertetett betegünk kórlefolyása magában foglalja az AIBL több kiemelhető jellegzetességét: a) hosszú lefolyás, több mint 10 éves tünetmentesség, b) hirtelen rosszabbodás, súlyos klinikai kép, de a szövettan még mindig AIBL, c) gyors állapotromlás, malignus transzformáció, d) autoimmun betegséggel történő társulás.

A fennálló autoimmun betegség, az irodalmi adatokkal egyezően, hajlamosító tényezőt jelenthet mind az AIBL, mind az immunoblastos sarcoma létrejöttéhez. A hosszú tünetmentes periódus után újrjelentkező betegség, ugyanazon szövettani diagnózissal arra figyelmeztet, hogy a betegeket gondosan, 10 éven túl is ellenőriznünk kell, teljes panaszmentesség esetén is. Esetünkben a hosszú tünetmentesség után bekövetkező súlyos progresszió és az immunoblastos sarcoma létrejöttét kiváltó oki tényezőket nem ismerjük.

Szaporodóban vannak a különböző gyógyszerek által kiváltott AIBL-s esetek, amelyek a drog elhagyására gyógyulhatnak. Ilyenkor „angioimmunoblastos reakció”-ról beszélhetünk. Saját 12 betegünk között is van, aki 12 éve panaszmentes, vagyis gyógyultnak tekinthető. Ugyanakkor betegeink többségében súlyos immundeficiens állapot igazolható (alacsony E-rozetta szám, negatív bőrpróbák, magas immunglobulin értékek), melynek következtében gyakoriak az infekciók, a betegség rövid ideig tartó panaszmentes időszakok után ki-kiújul, melyet sem a szteroid, sem a citosztatikus kezelés nem tud tartósan befolyásolni. Hat meghalt betegünk közül négy esetben infekciós szövődmény vezetett a halálhoz.

Figyelembe véve a betegség heterogenitását, biztos szövettani diagnózis birtokában is a klinikai kép, a beteg állapota határozza meg a kezelést. Így

a beteg gondos észlelése, szükség esetén újabb nyirokcsomó-biopsziák végzése, a kórboncnok és a klinikus jó együttműködése kiemelt jelentőséget kap az AIBL kórismézésében és kezelésében.

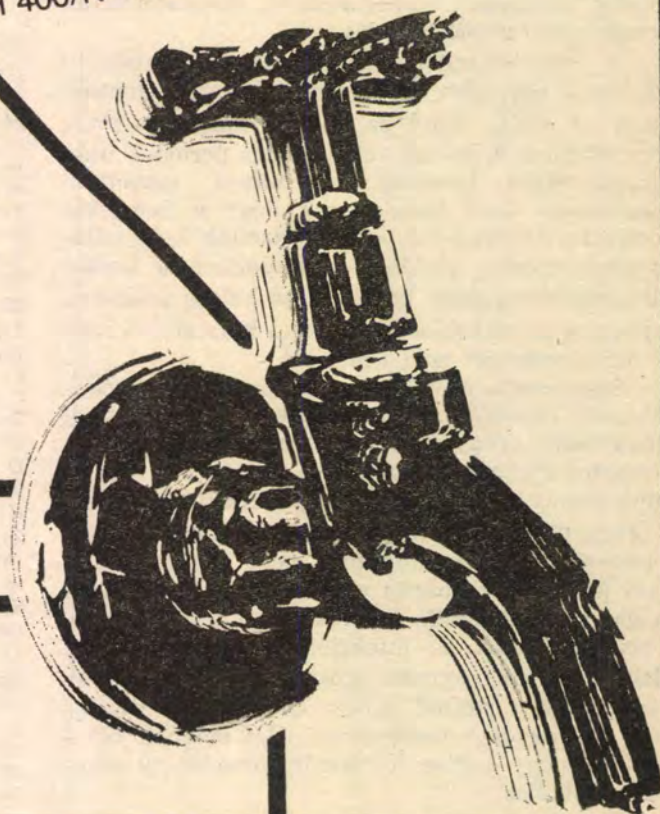
Esetünk elemzése is megerősíti azt a feltevést, hogy az AIBL egy fakultatív preneoplazias állapotnak tekinthető, mely potenciálisan malignizálódhat. Így az AIBL kutatása során észlelt minden adat segítséget nyújthat a malignus lymphomák patogenezisének tisztázásában.

IRODALOM: 1. Boros, L., Rhaskar, A. G., D'Souza, J.: *Am. J. Clin. Pathol.* 1981, 75, 856. — 2. Böyum, A.: *Scand. J. Clin. Lab. Invest.* 1968, 21, 97. — 3. Choi, Y. I. és mtsai: *Am. J. Clin. Pathol.* 1979, 71, 121. — 4. Dorfman, R. F., Warnke, R.: *Hum. Pathol.* 1974, 5, 519. — 5. Fisher, R. I. és mtsai: *Am. J. Med.* 1976, 61, 553. — 6. Frizzera, G., Moran, E. M., Rappaport, H.: *Lancet*, 1974, 1, 1070. — 7. Frizzera, G., Long, J. C., Bernard, C. W.: *N. Engl. J. Med.* 1977, 297, 59. — 8. Fudenberg, H. H.: *Am. J. Med.* 1971, 51, 295. — 9. Gershwin, M. E., Steinberg, A. D.: *Lancet*, 1973, 2, 1174. — 10. Gosset, T. C. és mtsai: *N. Engl. J. Med.* 1979, 300, 904. — 11. Green, J. A., Dawson, A. A., Walker, W.: *Lancet*, 1978, 2, 753. — 12. Gergely, P. és mtsai: *Acta Med. Acad. Sci. Hung.* 1973, 30, 227. — 13. Howarth, C. B., Bird, C. C.: *Lancet*, 1976, 2, 747. — 14. Hyland, C. H., Murad, T. M., Dismukes, W. E.: *Am. J. Clin. Pathol.* 1977, 68, 606. — 15. Jondal, M., Holm, G., Wigzell, H.: *J. exp. Med.* 1972, 136, 207. — 16. Jones, D. B. és mtsai: *Br. J. Cancer*, 1978, 37, 1053. — 17. Kosmidis, P. A. és mtsai: *Cancer*, 1978, 42, 447. — 18. Krasznai G., Szegedi Gy.: *Orvosképzés L. Suppl.*, 1976, 23. — 19. Lukes, R. J., Tindle, B. H.: *N. Engl. J. Med.* 1975, 292, 1. — 20. Levine, A. M. és mtsai: *Blood*, 1981, 58, 52. — 21. Nathwani, B. N., Rappaport, H., Moran, E. M.: *Cancer*, 1978, 41, 578. — 22. Neiman, R. S., Dervan, P., Haudenschild, C.: *Cancer*, 1978, 41, 507. — 23. Pruzanski, W.: *Sem. Haematol.* 1980, 17, 44. — 24. Radaszkievicz, T., Lennert, K.: *Dtsch. Med. Wochenschr.* 1975, 100, 1157. — 25. Ruddens, R. A., DeLellis, R.: *Am. J. Clin. Pathol.* 1977, 68, 518. — 26. Rothwell, R. S., Mant, M. J., Davis, P.: *Ann. Rheum. Dis.* 1980, 39, 406. — 27. Rappaport, H., Moran, E. M.: *N. Engl. J. Med.* 1975, 292, 42. — 28. Schnaidt, U. és mtsai: *Pathol. Anat. Histol.* 1980, 389, 369. — 29. Tóth J., Garam, T.: *Lancet*, 1977, 1, 102. — 30. Westerhausen, M., Ohlert, W.: *Dtsch. Med. Wochenschr.* 1972, 97, 1407. — 31. Yu, D. T. Y.: *J. Immunol.* 1975, 115, 91.

Hygroton®

tabletta

H 400/N 100 Antihypertensiva diuretica



ÖSSZETÉTEL: 50 mg chlorthalidonum tablettánként.

JAVALLATOK: Különböző eredetű (kardiális, renális stb.) ödémás állapotok: enyhe és közepes súlyos hipertónia (különösen egyéb vérnyomáscsökkentőkkel, főleg béta-receptor blokkolókkal kombinálva); a terhesség késői szakában fellépő hipertónia és ödéma; premenstruációs panaszok; kóros elhízással együtt járó folyadékretenció; a laktáció gátlása az elválasztás időszakában; folyadékretenciával együtt járó gyermekkori megbetegedések.

ELLENJAVALLAT: Veseelégtelenség, 100 mg/dl feletti maradék-N, ill. 50 mg/dl feletti karbamid-N értékekkel.

ADAGOLÁS: Egyéni megítélést és gondos orvosi ellenőrzést igényel.

Felnőttek szokásos adagja hipertónia és ödémák kezelésére naponta 1–2 tabl. a hatás eléréséig, a fenntartó adag heti 3 × 1 tabl.

A terhesség késői szakában a hipertónia és ödéma megelőzésére heti 1–4 tabl., kezelésére kezdetben 1 tabl./die, majd heti 3 × 1 tabl. Premenstruációs panaszok esetén célszerű a kezelést a menstruáció várható időpontja előtt 4–8 nappal kezdeni; az 1–3. kezelési napon 1 tabl., majd napi 1/2 tabl. az adag, a szabályos vérzés megindulásáig. A kóros elhízással kapcsolatos folyadékretenció kezelése hasonlóan történik, mint hipertónia, ill. ödémák esetén. A tejelválasztás csökkentésére elegendő 2 tabl. kezdő adagként, majd 1 tabl./die 2–6 napig.

Gyermekek kezdő adagja 1–5 éves korig 1/2 tabl./die 2–3 napig, majd fenntartó adagnak hetente 3 × 1/2 tabl.; 6 éves

kortól a kezdő adag 1/2 tabl./die, a fenntartó adag naponta 1/2 tabl.

A napi adagot célszerű reggel, étkezés után bevenni.

MELLEKHATÁSOK: Enyhe szédülés, adynamia, fáradtságérzés, elsősorban a kezelés elején — ezek a panaszok többnyire spontán, vagy az adagok átmeneti csökkentésére megszűnnek. Enyhe gastrointestinalis panaszok, ha a gyógyszerét éhgyomorra veszik be. Szórványosan észleltek allergiás bőrtüneteket is.

GYÓGYSZER-KÜLCSÖNHATÁSOK: Óvatosan adható:

- szívglükozidokkal (a hypokalaemia következtében a glükozidok toxicitásának fokozódása);
- orális antidiabetikumokkal (antidiabetikus hatás csökkentése);
- kortikoszteroidokkal (K-vesztés fokozódása).

FIGYELMEZTETÉS: Súlyos cerebrális és coronaria-sclerosis esetén, valamint szívinfarktus után adása fokozott óvatosságot igényel.

Kezelés alatt ajánlatos a szérum-elektrolitok gyakori ellenőrzése.

Az egyéb salureticumokhoz hasonlóan előidézhetheti a latens köszvény vagy diabetesz manifesztálódását.

Szedése alatt a szigorúan nátriumszegény diéta előnytelen, mert a K-ürítés fokozásával rontja a vizeletelhajtó, ill. vérnyomáscsökkentő hatást.

MEGJEGYZÉS: Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS: 30 tabletta, térítési díja: 11,80 Ft.

BIOGAL Gyógyszergyár Debrecen

CIBA—GEIGY licencia alapján





BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

Két hét Finnországban. 1982. nov. 28—dec. 12.

Kéthetes tanulmányúton voltam két finn egyetemi városban, Helsinkiben és Turkuban. Sokan jártak már ebben a barátságos országban a magyarok, a magyar orvosok, sőt a magyar gyermekorvosok közül is, nincs tehát helye olyan beszámoló-nak, melyet egy Vámbéry Ármin vagy Kőrösi Csoma Sándor „felfedező” stílusában vetnek papírra. Inkább csak arra szorítkozom, hogy néhány intézmény *jelenlegi* munkájáról, eredményeiről, betegellátásáról írjak.

Általánosságot csak annyit, hogy minden, amit a vendégszerető finnek a magyar vendéget tesznek, a finn—magyar rokonság jegyében történik, pedig a finn és ugor nyelvi ág igencsak régen szétvált, s ami a magyarokat illeti „...szép-apáink, úkapáink sokáig nem is igen kértek a „halzsírszagú” finn atyafiságból... Csakhogy azóta jókorát fordult a világ velünk is, velük is... olyan országot építettek, ... hogy... nem kevesebb az, ami-ben már mi nézhetünk fel rájuk.” (Varga Domokos: Finn testvéreink. — Kozmosz Könyvek, 1982).

Az „anya- és gyermekvédelem” című program keretében hat intézményben fordultam meg, ezeket veszem sorra.

A *turkui gyermekklinika* 1968 óta álló, egyszerű, modern épület, amely egy sereg felnőttet gyógyító osztálynak is helyet biztosít. A blokk a pesterzsébeti Jahn Ferenc Kórházra emlékeztet, de még a gyermekosztály korszerű elrendezése is: középen vannak a kiszolgáló egységek (kezelő, kislabor, tejkonyha stb.) és kétoldalt a soküveges, boxos osztály, közös légtérben lehetőleg kevés beteggel. Az ápolás, a tisztaság mintaszerű. A felszerelés minden mai igényt kielégítő. Évente — bár általában a tudományos munka tényleges értékét a közlemények száma még nem jelzi — 60—100 dolgozat jelenik meg a klinikáról, ebből 2—3 disszertáció. Egyik fő témájuk: a neonatológia. Az újszülöttrészt vezetője a RDS-ben szenvedő csecsemők szívfrekvenciájáról írta meg tézisé. A lényeg: az újszülöttről tartós EKG-felvételt készít, egyidejűleg a légzésszámot, vérnyomást, transzkután PO₂-t is méri és komputerrel analizálja; azt találta, hogy az agykárosodott csecsemőn a szívfrekvencia variációja elmarad, s ez még erős ingerrel, pl. csipéssel sem provokálható. Másik téma: az újszülöttkori hypothyreosis-szűrés, melyet egyébként nálunk is bevezetnek 1983-tól. Turkuban és kör-

nyékén minden ezredik gyermek alacsony TSH és T₄ értékkel születik, amely csökkent pajzsmirigyműködésre utal; ezt már 4 napos korban tudják a csecsemőről (kp. laboratórium szolgálja ki Helsinkiben egész Finnországot) és megkezdik a thyroxin preventív adását. Így aztán a klinikai tünetek ki sem alakulnak. Az így kezelt és éveig megfigyelt gyermekek egy orvos és egy fizioterapeuta közös rendelésére járnak, ők regisztrálják motoros és szellemi fejlődésüket. Óráként 3—4 gyermek jön be, pontos berendezés alapján, van idő tehát velük foglalkozni. Figyelemre méltó: a vizsgálóasztal alatt van egy fehér papírgombolyag. A papírlapedőt minden beteg után letépi és egy pillanat alatt új lepedőt terítenek a gombolyagról. A gyermekvárótermek (melyeket néhány éve a svéd Uppsalában már megcsodáltam) olyanok, mint egy játékszobák, ahová „érdemes” egy gyermeknek elmenni játszani. A játékok jó állapotban vannak és csönd van. A felsőkabátok őrizetlenül lógnak a folyosón levő ruhatárban; nem kell ruhatáros, nem kellene számok. Mindenki tudja, melyik a sajátja. A 60 személyes auditórium a medikus előadásoké, a tudományos üléseké.

A *két gyermekklinika Helsinkiben, amely Meilahti-ban*, a város egyik legelőkelőbb és legszűkebb negyedében, közös épületben található, 1945-ben épült, s azóta többször korszerűsítették őket. Az egyik professzor elsősorban nefrológus, a másik bakteriológus alapképzéssel, főleg a fertőző betegségeket kutatja, másik témája teljesen gyakorlati: kórháztervezés. Többen (gyermekorvos, patológus, genetikus stb.) a híres „finn betegségekkel” foglalkozik. Ezek örökletes kórképek (legtöbbjük autoszomális-recesszív módon). Ilyen pl. a veseszűrtetett chlorid-diarrhoea, a kongenitális nephrosis tünetcsoport, vagy a hyperonithinaemia (amelyet — klinikailag — már csaknem 10 éve leírtak, de a chorioidea és retina elváltozását retinitis pigmentosának tartották, s eredetét, az arginin anyagcserezavart a finnek tisztázták). PKU és mukoviszcidózis viszont igen ritka (Magyarországgal ellentétben nincs is kötelező PKU-szűrés). A „finn betegségek” gyakoriságát azzal magyarázzák, hogy egy-egy szétszórt településen (pl. Lappföld) mind a mai napig nagy a belterjes házasság és a beteg allélek „egymásra találása”, pedig a törvények semmiel sem lazábbak, mint más, civilizált államokban a közeli rokonok egybekelését illetően. Ha pedig egy-

egy izolált település alapítóiból hiányzott a beteg gén (pl. PKU), akkor ez nem is terjedt el („founder effect” pozitív és negatív hatása).

Érdekes, hogy a finnek elég sok új kanyarós megbetegedést észleltek az utóbbi időben (új és gyengébb a vakcina). Jelenleg a finn gyermekeket 2 és 6 éves korban MPR vakcinával oltják, amely morbilli, parotitis és rubeola megelőzését célozza. Követendő példa, bár úgy látszik — tekintettel a kanyaró újraterjedésére — vannak még technikai fogyatékságai.

Példáan működik a haematológiai osztály. Nem nagy, mindössze 18 ágyas, viszont az édesanya is ott lehet a gyermekkel, külön fürdőfülke és színes televízió szolgálja kényelmüket. Hatéves kor fölött mindenkinek megmondják a betegségét, akkor is, ha az rosszindulatú. (Amerikai stílus, nálunk nincs, vagy csak részben van így; helyesebbnek tűnik az egyéni elbírálás!) Elég sok csontvelő-átültetést is végeznek, pl. saját csontvelőt intra-venásan neuroblastomás betegnek.

A gyermekklinikákkal közös kertben foglal helyet a *Szülészeti Klinika*, amely a felszínen, rossz időben alagúton át is megközelíthető. Minden szülőanyát monitoroznak, teleméter figyeli és írja ki a méh kontrakciókat, s a magzati szívhangokat, ezek az értékek a központi terem televízióján is megjelennek. Az újszülöttet testét steril növényi olajjal mossák le; pemfigoid szinte nincs. A köldököt spir. klórhexidin higított oldattal, a szemet setylpyridinnel fertőtlenítik. A reszuszcitációs feltételek a mieinkhez hasonlóak. Minden újszülöttet két órán át az intenzív részlegben figyelnek, s csak utána kerülnek az osztályra (ha nincs semmi rendellenesség), s amennyiben az anya is jobban van már, együtt lehet gyermekével a „rooming-in”-ben. Csak este gyűjtik össze az újszülötteket a közös újszülöttelhelyiségbe. A „rooming-in”-ben pedig folyik a „mamakiképzés”.

További érdekességek: láttam néhány jejunum próbakimetszést coeliakia-gyanús gyermekeken s a szövettani feldolgozás eredményeit, a boholyhossz/kriptahossz körjelző értékének számításával, megnézhettem a villámsebesen, tömördek microfilmes címszóval dolgozó toxikológiai osztályt, mely országos tájékoztató és telefon-tanácsadó központ is. A neurofiziológus beszámolt az újszülöttkori teljes plexus brachialis szakadáskor végzett nervus suralis átültetésekről. (Mint ismeretes, az Erb-féle bénulás prognózisa jó, itt most a legsúlyosabb esetekről van szó.)

Néhány szót még a genetikusok munkájáról. Az említett finn betegségek kutatásain kívül (melyek a klinikai genetika körébe tartoznak), alkalmam volt látni két helyen is, a helsinki Genetikai Inté-

zetben és a Finn Vöröskereszt Vértanszfúziós Intézetében is, milyen elmélyült kutatás folyik a finnugor populációk genetikai markerei vonatkozásában. Ennek skálája leírhatatlanul széles: a Nea-tól (új, finn vércsoport antigén) a lappok származásának kutatásáig terjed. Immár klasszikus példa egy izlandi vizsgálatsorozat arra, hogyan járulhatnak hozzá a biológusok egy-egy etnikus csoport eredetének megfigyeléséhez. A közfelfogás Izland népességét régebben viking eredetű norvégnek tartotta. Egy szerzőcsoport mégis inkább a nyugati eredetük mellett tört lándzsát, mert a magas „0” vércsoport és az

alacsony szekrétor allél gyakoriság a Brit-szigeteken talált értékekhez hasonlít. Nos, a lappok, bár a nyelvi családfán a közös finnugor eredet hajtásai, s nyelvük leginkább a finnre hasonlít, származásuk a génfrekvenciák értékei alapján másutt keresendő.

A finnek vendégszeretetéről, a privát programokról, a szaunáról, az építészeti szépségekről (Olimpiai Stadion, vagy az Alvar Aalto tervezte Finandia-ház), a csodálatos, hangulatos, gyertyás területekről, a rénszarvashúsról, a jéghideg, alkoholmentes „sima” itálról külön — és igen sokat — lehetne írni. S arról is, hogy a helsinki gyermekkli-

nikán, a déli orvosgyűlésen, ahol a napi esetmegbeszélés fehér asztaloknál, szendvicsevással egybekötve folyik, hogyan váltanak át azonnal angolra, ha belép egy vendég. No és a finn nyelvről: rokonság ide, rokonság oda, nehéz volna megtanulni. Magam egyetlen szóval gyarapodtam: kiitos, köszönöm. S a szót rögtön föl is használom: az Egészségügyi Minisztériumnak, közvetlen fölöttes szerzemnek, az Apáthy István Gyermekkórház igazgatóságának, s minden munkatársamnak, ki távollétemben helyettesített, mondom el

Forrai György dr.

CAVINTON[®]

tabletta
injekció,

Kőbányai
Gyógyszerárugyár,
Budapest X.

ÖSSZETÉTEL: 1 tabletta 5 mg vinpocetinumot,
1 ampulla (2 ml) 10 mg vinpocetinumot tartalmaz.

HATÁS: A Cavinton javítja az agyi perfúziót és ezáltal az agy oxigénellátását. Állatkísérletekben javítja a kísérletesen létrehozott hypoxia utáni agyi regenerációt.

JAVALLATOK. Orálisan: különböző eredetű (postapoplexiás, posttraumás vagy sclerotikus), agyi keringészavarok vagy neurológiai tünetek: emlékezőzavarok, aphasia, apraxia, mozgászavarok, szédülés, fejfájás csökkentésére, a klimaktérium szindróma vasovegetatív tünetei-
nek kezelésére.

Hypertensív encephalopathia, intermittáló vascularis cerebialis insufficiencia, angiospasmus agyi kórképek, továbbá endarteritis cerebri.

Ischaemiás agyi károsodásokban, előrehaladott agyi arteriosclerosisban a kollaterális keringés javítására.

Szemészetben az érhártya és ideghártya vascularis, elsősorban arteriosclerotikus, ill. angiospasmus okozta maculadegenerációk, partialis thrombosisok, érelzáródás következtében kialakuló másodlagos zöldhályog.

Fülészetben korral járó vascularis vagy egyes toxikus (gyógyszeres) halláscsökkenés, labyrinth eredetű szédülés.

Parenterálisan: kizárólag cseppinfúzióban. Neurológiai indikációban olyan akut, gócos ischaemiás cerebrovascularis kórkép, amelyben a vérzéses eredet biztonsággal kizárható.

ELLENJAVALLAT. Orálisan: terheesség.

Parenterálisan: Súlyos ischaemiás szívbetegségek, súlyos szívritmuszavarok Terhesség.

ADAGOLÁS. Orálisan: Naponta 3 × 1–2 tabl., a fenntartó adag napi 3 × 1 tabl., hosszabb időn keresztül.

Parenterálisan: kezdő napi adag 20 mg lassú cseppinfúzióban (2 amp. tartalma 500–1000 ml infúziós oldatban) infundálva. A továbbiakban a szokásos napi adag 30 mg (3 amp. tartalma 500–1000 ml infúziós oldatban), lassan cseppinfúzióban infundálva.

Amennyiben a beteg állapotja szükségessé teszi — és a toleranciája megengedi — óvatosan emelve az adagot, a tizedik napon az infúzióban adott napi össz mennyiség elérheti az 1 mg/tskg-ot. A készítmény iv. és im. nem alkalmazható.

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁS: Az eddigi tapasztalatok szerint a tabl. Interakció nem okoz, ezért kombinációs kezelésre is alkalmas. Az injekció heparinnal incompatibilis, ezért az infúziót olyan beteg nem kaphatja, aki heparin kezelésben részesült.

MELLEKHATÁS: Kismértékű vérnyomáscsökkenés, ritkán tachycardia, extrasystole fordulhat elő. Tartós kezelés esetén a vérképet ellenőrizni kell időnként.

FIGYELMEZTETÉS

Parenterális alkalmazása során az ampulla sorbitol tartalma miatt diabeteses vércukorszintje a kezelés alatt ellenőrizendő.

MEGJEGYZÉS: ✱ A tabletta csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető. Az injekció csak fekvőbeteg-gyógyintézet felhasználására van forgalomban.

CSOMAGOLÁS: 10 amp. (2 ml) 14,— Ft,
50 tabl. 23,— Ft.



Virushepatitis

Az új, állami engedélyt kapott hepatitis B-vaccina: Jellemző adatai és használatának indoklása. S. Krugman (A New York-i Egyetem Orvosi Fakultásának Gyermekgyógyászati Klinikája, New York): JAMA, 1982, 247, 2012.

A „Heptavax-B” 1981. nov. 16-án kapta meg az amerikai hatóságoktól a használati engedélyt. A Merck, Sharp és Dohme cég által kifejlesztett vaccina ma már bevezethető a komoly következményekkel fenyegető hepatitis B elleni küzdelemben. Jellemző adat, hogy az USA-ban évente 200 000 hepatitis B-vírus (HBV) fertőzés fordul elő, ebből kb. 50 000 klinikai tünet révén felismerésre kerül, 10 000 beteg kerül kórházba és a fertőzöttek közül kb. 20 000 marad HBV hordozó. Évente 4000-en halnak meg cirrhosisban, ill. 800-an primer hepatocellularis carcinomában, mindkettőt a HBV fertőzés késői következményének tartják. Az egészséges hordozók aránya 0,3%, ami legalább 750 000 embert jelent az USA-ban. A HBV fertőzés, főleg immunkomplexek következtében — kialakuló extrahepatikus manifesztációja az arthralgia, a polyarteritis nodosa, és a csecsemők acrodermatitis papularis-a (Gianotti-syndroma).

(Az itt feltüntetett adatok a Föld átlagához képest a legkedvezőbbek! Mégis a kifejlesztett vaccina használatával még jelentős javulást kívánnak elérni! — Ref.)

Az antigen-ellenanyag markerek vizsgálata nagy érzékenységgel szerológiai eljárással történik, így könnyen kiválaszthatóak az immunis-átvészelt, ill. a még érzékeny személyek. Kiválogathatók a HBsAg-t magas titerben hordozók is, akiknek véréből kell kipreparálni a jelenleg még nem tenyésztethető vírus felületi antigénjét. A HBsAg igen nagy mennyisége lehet jelen a véráramban, ml-ként akár 10^{11} – 10^{13} részecske is. Az anti-HBsAg védőhatását elsőként Krugman állapította meg 1 óráig forrált HBsAg pozitív (hő-inaktívált) savóval végzett gyermekoltással. Hilleman és mtsai viszont a tisztítási és az 1/4000 hígítású formaldehiddel való inaktíválás módszereit dolgozták ki, továbbá elvégezték az alumínium-hidroxidhoz adszorbeált kísérleti oltóanyag fertőzőképességi, ártalmatlansági és hatékonysági vizsgálatát is primateseken, elsősorban csimpánzokon. 1975. XI. hónapban 11 embert oltottak be a kísérleti vaccinával, melynek 1 ml-e 20 µg HBsAg fehérjét tartalmazott.

Ezek az önkénteseken végzett első emberkísérletük világosan igazolta, hogy az oltóanyagban élő vírus nincs [az oltottak HBsAg és anti-HBc negatívok maradtak és SGPT (tranzamináz) szintjük sem emelkedett]. Több kísérlet folyamán > 4000 személyt vaccináltak, köztük már gyerekeket is; sem fertőzést, sem komolyabb mellékreakciót nem észleltek. Érdekesség, hogy a 16 krónikus HBsAg hordozó, ill. a 254 anti-HBs, ill. anti-HBc pozitív személy sem választott kedvezőtlenül. Ennek folytán a gyakorlati oltások során nem is tartják különösen fontosnak ezen markerek előzetes meghatározását. (Ugyanis a három RIA teszttel végzett vizsgálat mindegyike 10–10 dollár = 30 dollár, egy vaccina dózis pedig 25–30 dollár, a szükséges 3 dózis: 75–90 dollár, tehát három egyén szűrésének elhagyásával egy személy oltási költségei térülnek meg!)

A 20 µg-os dózisokat egyhónapos időközben beadva a harmadik adagot pedig fél év múlva: az oltottak 95%-a termelt ellenanyagot. Újszülöttől a > 60 évesig gyakorlatilag mindenki oltható. Az ellenanyag perzisztenciája különböző idejű lehet, ami főleg a títertől függ (magas titer = hosszú perzisztencia). Az eddig végzett megfigyelések szerint a folyamatos titer-csökkenés ellenére, kb. három évig perzisztál az ellenanyag. Ha további védettség szükséges, ajánlatos az ötödik évben még egy stimulus adása.

A csecsemők és gyermekek számára 10 µg-os dózisok elegendőek, viszont a sérült immunitású (pl. haemodialyzt) személyek, ill. a 40 évesnél idősebbek oltására legalább 40 µg-os adagok szükségesek.

A védettséget nemcsak az ellenanyag válasz regisztrálásával, hanem járványügyi megfigyelésekkel is alátámasztották. Az oltottak a magas fertőzési rizikójú homoszexuális férfiak közül kerültek ki. Egy 1983 és egy 1984-es csoportot placebo kontroll beállításával oltottak, és 92,3%-os védettséget tapasztaltak a HBV fertőzéssel szemben, ill. igazolták, hogy a már inkubációs időben levők aktív immunizálása is csökkentheti a megbetegedések számát, továbbá, hogy a védettség az ellenanyag jelenlététől függ.

A hepatitis B vaccina használata a nagy fertőzési veszélynek kitettek számára a legajánlatosabb: az egészségügyi személyzet akár körtermi, akár laboratóriumi szolgálatot teljesítenek (a haemodialysis, a haematológiai és onkológiai ellátás dolgozói kiemelten veszélyeztetettek); az említett haemodialysis,

haematológiai és onkológiai osztályok betegek, a thalassaemiás és haemofiliás betegek. A szellemileg retardáltak intézeteinek bentlakói és személyzete.

A lakosságból a homoszexuálisok, prostituáltak, börtönben levők, HBsAg hordozók és családtagjai és környezete, kábítószeresek, fontos katonai személyek, magas rizikójú környezetben levő csecsemők és gyermekek.

A szellemileg retardáltak szűrése a vaccináció előtt indokolt: 25–30%-uk érzékeny, 70–75% már immunis.

Nem próbálták ki megfelelően terheseke, ill. szoptatós anyák reakcióját a védőoltással kapcsolatban.

Ezt a vaccinát 1982. végén már meg is lehetett vásárolni az USA-ban. Valószínű, hogy a jövő útja a génsebészettel bevitt információk alapján baktérium, vagy egyéb sejtekben előállított HBsAg termelés, ill. a HBsAg-ból előállított polypeptidok teljesen veszélytelen alkalmazása.

Hollós Iván dr.

A Hepatitis B vaccina kifejlesztése, kipróbálása és alkalmazása. H. J. Alter (National Institute of Health, Bethesda, Md., USA): JAMA 1982, 247, 2272.

A szerző ismerteti a hepatitis B vírusfertőzések USA-ra vonatkozó adatait.

Évente 200 000 az új fertőzések száma, ezeknek 25%-a (50 000) rendelkezik klinikai tünetekkel. 10 000 beteg igényel kórházi ápolást. A betegek 1–2%-a az akut fázisban meghal. A fertőzöttek 5–10%-a (10 000–20 000 ember/év) krónikus hepatitis B-vírus (HBV) hordozó lesz. Ennyivel emelkedik évente az USA-ban a jelenlegi 800 000 HBV hordozó száma. A krónikus HBV hordozók közül évente 4000 meghal cirrhosisban. (A nem alkoholos eredetű májcirrhosis fő oka a HBV). A betegek kórházi ápolási költségei, a munkakiesésből adódó veszteségek stb. évente 750 millió dollár veszteséget jelentenek. Az egész világon a HBV hordozók számát körülbelül 200 millióra becsülik.

A szerző a továbbiakban a HBV felfedezésének történetével, a vírussal és az USA-ban engedélyezett vaccinával (Merck, Sharp, Dohme) kapcsolatos ismereteket foglalja össze. Mivel a HBV szövetkultúrában nem szaporodik megfelelő mértékben, a „subunit” (részantigén) vaccinát a hepatitis B-vírus felületi antigénjét nagy mennyiségben tartalmazó emberi plasmából tisztítással, formalinos aktiválással állítják elő.

Az alumínium-hidroxidhoz adszorbeált hepatitis B vaccina 3 oltása után (0 hónap, 1 hónap, 6 hónap) az oltottak 95%-ában képződnek magas titerben HBV fertőzés ellen védő ellenanyagok. Az oltást rövid ideig tartó helyi reakció és enyhe láz követi. Több évi megfi-

gyelés után sem észleltek késői oltási reakciót, hepatitiszt vagy egyéb fertőzést, illetve betegséget.

Szmuness és mtsai 1088 homoszexuális férfivel végeztek kísérleteket a vaccina hatékonyságára vonatkozólag. (Az USA-ban a homoszexuális férfiak 5%-a HBV hordozó. Laboratóriumi vizsgálatokkal igazolták, hogy csak azoknál fordul elő az oltás után HBV fertőzés, akiknél a vaccinációt követően ellenanyag válasz nem alakult ki.

A védőoltásnak nagy jelentősége lehet a primer hepatocelluláris carcinoma (PHC) megelőzésében, mivel a jelenlegi ismeretek szerint a PHC elsősorban a HBV fertőzést követően alakult ki, több év eltelte után. A HBV fertőzés és a PHC Afrikában a Szaharától délre eső területeken és Távol-Keleten endemiáknak tekinthető.

A szerzők felsorolja azokat az érveket, amelyek alapján a HBV-nek kóroki összefüggése lehet a PHC-vel. Felsorolja a HBV fertőzésnek legjobban kitett egyének körét, akiket célszerű lenne védőoltásban részesíteni. Ezek a következők:

1. Egészségügyi dolgozók, akik a betegek vérével, vagy vértermékekkel kapcsolatba kerülnek,
2. Vese-dializált betegek,
3. Mentálisan retardáltak és apóloik,
4. Ismételt transfúzióra szoruló (öröklött, vagy szerzett vérbetegségek miatt),
5. Leukaemiás, vagy egyéb rosszindulatú betegségben szenvedők,
6. Homoszexuális férfiak,
7. HBV hordozók házastársa, családtagjai,
8. HBV hordozók szexuális partnerei,
9. HBV hordozó anyák újszülöttei,
10. HBV endemiás terület lakosai,
11. HBV endemiás területen kórházban végző egyének (diplomaták, katonák stb.).

Az oltóanyag széles körű alkalmazásának legfőbb akadálya a magas előállítási költség.

Reményt keltő kísérletek folynak az irányban, hogy tisztított, megfelelő immunológiai tulajdonságú polypeptid vaccinát állítsanak elő, a már ismert aminosav szekvencia alapján szintetikus, vagy baktérium (*E. coli*) tenyészetben DNA rekombinációs technika alkalmazásával.

Lehel Frigyes dr.

Hepatitis B felületi antigén jelenléte a primer hepatocelluláris carcinomát megelőzően a betegek savómintáiban. A. Nomura, G. N. Stemmermann, R. D. Wanshich. (Japan-Hawaii Cancer Study). (Kauai Medical Center, Honolulu, Hawaii): JAMA, 1982, 247, 2247.

Miután Sherlock és mtsai 1970-ben beszámoltak arról, hogy a he-

patitis B-vírus (HBV) és a primer hepatocelluláris carcinoma között (PHC) oki összefüggés van, számos kutató vizsgálatai során gyakrabban talált a daganatos betegek savómintáiban HBV felületi antigént (HBsAg) és magantigén ellenanyagokat (anti HBc), mint a megfelelő kontroll csoportok savómintáiban.

Mivel a PHC-s betegek savóit a betegségük idején vizsgálták, felmerült annak a lehetősége, hogy a betegek latens hepatitisze aktiválódott.

A szerzőknek egyéb vizsgálatokból adódóan rendelkezésükre állt 7498 japán származású 1900–1914 között született, hawaii lakos 1967–1970 között levett és -20°C -on tárolt savómintája.

1980-ban 18 PHC-t diagnosztizáltak e lakosok körében. A 18 daganatos beteg közül 16-nak volt savómintája, amit 13 évvel korábban vettek le. A 16 savómintából 10-ben találtak HBsAg-t, 48 kontroll savóminta negatívnak bizonyult. HBc ellenanyagot (anti HBc) 16 beteg savómintája közül 7, a 48 kontroll egyén savómintája közül 2 tartalmazott. A kontroll csoportok kiválasztásánál nagy körültekintéssel jártak el. (Figyelembe vették a különböző szesz italok fogyasztását, ezek egymáshoz való arányát stb.)

Vizsgálati eredményeikkel bizonyítják, hogy a HBV fertőzés sok betegnél megelőzi a PHC-t.

Lehel Frigyes dr.

Hepatitis B vírus hordozás. Sorscsapás, de van remény. F. L. Iber (Edit.): JAMA, 1982, 247, 2275.

B típusú vírushepatitis akut szakában a szérumban megjelenik a hepatitis B-vírus (HBV) felszíni antigénje (HBsAg). A klinikailag gyógyultak közel 70%-ának szérumban a tünetek eltűnése után hónapokig megtalálható a HBsAg. Ezek a HBV hordozók, akiknek egyrészt nagyobb esélyük van arra, hogy krónikus májbetegség legyenek, másrészt állandó fertőzési veszélyt jelentenek környezetükre.

A HBsAg hordozók 15–25%-ának krónikus aktív hepatitisze van, ami immunsuppressív kezelésre, transplantáció alkalmával stb. átmeneti manifesztációt okozhat.

Az újabban felfedezett „e” antigén determináns (HBeAg) a hordozóknál jelzi a fertőző vírus jelenlétét. Amikor az HBeAg eltűnik, az inaktivitás csökken, a HBeAg ellenanyagok (anti HBeAg) megjelenésekor a hordozó már nem fertőző.

A hordozó állapot megszüntetése elsősorban védőoltástól várható. A hepatitis B vakcina kipróbálás során kis számban HBsAg hordozókat is beoltottak. Meglepő volt, hogy ugyanolyan ellenanyagválaszt találtak, mint a nem hordozóknál, és

a hordozók fertőzőképessége megszűnt.

Újabban pedig Smith és mtsai beszámoltak arról, hogy adenin-arabinosid monofoszfát és human leukocita interferon együttes adására a hordozó állapot, illetve a hepatitis megszűnt.

Lehel Frigyes dr.

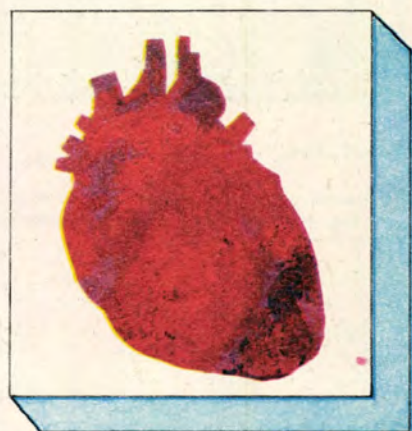
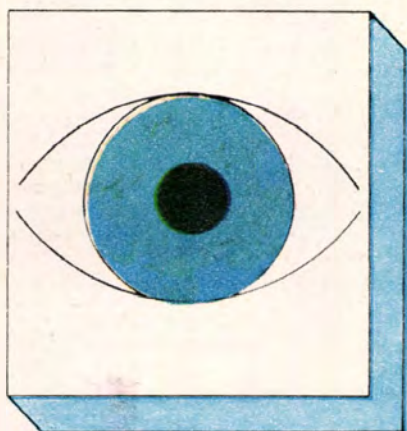
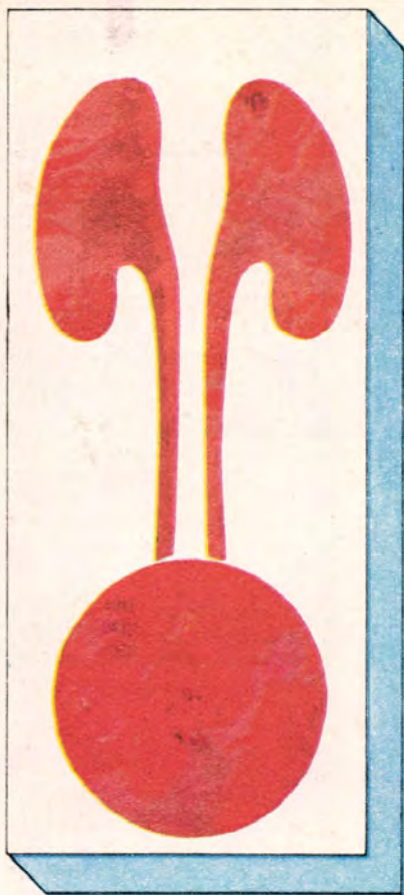
Mentesek a Hepatitis-B oltóanyagok a rest-infectivitástól? R. Thomassen és mtsai (Abt. med. Microbiol. Nation. Referenz-centrum f. d. Virushepatitis, Hyg. Instit. d. Univ. Göttingen): Dtsch. med. Wschr. 1982, 107, 1243.

A Hepatitis-B (HB) elleni oltóanyagot az elmúlt években mind több országban alkalmazzák. Az NSZK különböző vaccinát a Paul Ehrlich Intézet vizsgálja. A HB vaccina — mint minden vaccina esetében is — mérlegelni kell az előnyt és a rizikót. Jelenleg minden HBV vaccinát chr. fertőzött HBV hordozók véréből állítanak elő. Az oltóanyag legfontosabb alkotórésze a vírus-tok fehérje, a HBsAg. Jóllehet a HBsAg particulumot messzemenően megszabadítják a se. fehérjétől és a komplett virusparticulumtól, egy gyártási eljárás sem garantálja a fertőző HBV tökéletes hiányát a tisztított HBsAg-ben.

A biztonsági vizsgálat fő gondját az jelenti, hogy a fertőző HBV-t (a NANB vírust is) csak emberben vagy csimpánzban lehet megbízható érzékenységgel kimutatni. Mivel a kísérletes állatok felhasználható mennyisége korlátozott, relatíve kevés a biztonsági próbák száma. Ma 2 állatban iv. nagy (17,5) adagot és 2 állatban iv. kisebb (1,5) adagot alkalmaznak (összesen 37,5 adagot). Ez a módszer a statisztika szabályai szerint csak durva tájékozódásra alkalmas az infectív víruszennyezettségét illetően. Táblázaton demonstrálják a tévedési valószínűséget a feltételezett szennyezésre vonatkozóan. Megállapítják, hogy 50%-os tévedési valószínűség esetén minden 12. vaccinának infectív HBV-t kell tartalmaznia. Ha ezt a szennyezettséget állatkísérletekre vonatkoztatják, minden 4 állatból 1 HBV-sal fertőződik. Az állatoknak adott adag fokozása ellen szól az egyidejűen lezajló aktív immunizálódás mind erősebb ellenhatása és a májsejtek vírusreceptorainak blokkolása a HBsAg particulumok révén.

Az elégtelen próbaszituáció láttán — ami csupán nagyobb oltási katasztrófát hárít el — a gyártási eljárásnak a maradványfertőzést minimálisra kell csökkenteni. A veszélyt három tényező befolyásolja: 1. a kiinduló anyag vírus-titere, 2. a HBsAg tisztításának minősége, 3. az inaktiválás hatásossága.

1. A kiindulási anyag virustitere. A WHO ajánlása szerint korábban csak anti-HBe (HBeAt tartalmú) serumot lehetett felhasználni, mivel az ilyen vér (HBsAg tartalma elle-

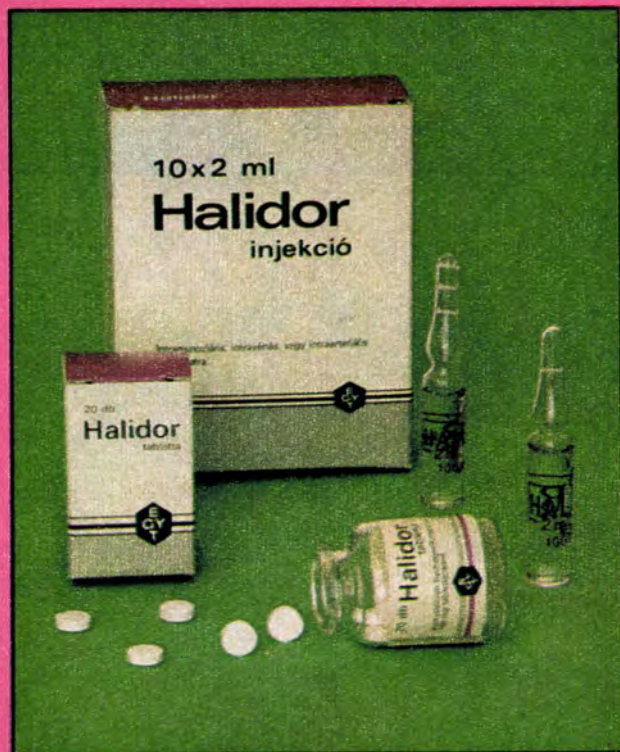


HALIDOR[®]

inj. tabl. spasmolyticum vasodilatatorium periphericum

HALIDOR

inj. tabl.
spasmolyticum
vasodilatatoricum
periphericum



ÖSSZETÉTEL

50 mg bencyclanum hydrogenfumaricum (2 ml) ampullánként;
100 mg bencyclanum hydrogenfumaricum tablettánként.

JAVALLATOK

Különböző eredetű (apoplexiás, postapoplexiás, szklerotikus stb.) agyi keringészavarok: pszichés, ill. neurológiai tüneteinek csökkentése; szédülés, fejfájás, fülzúgás, alvászavar csökkentése, koncentrációképesség javítása. Angiospastikus agyi kórképek.

Vaszkuláris eredetű szembetegségek: obliteratív artériás megbetegedések (arteriosclerosis obliterans, angiopathia diabetica stb.)

Perifériás ér-spasmussal járó kórképek (artériagörcs mélyvénás trombózis után, postoperatív és posttraumás keringési zavarok polyalgias mozgásszervi bántalmak).

Kardiológiában: koronária-rezisztencia, perifériás ellenállás csökkentése; normo- és bradycardiás esetekben is. (Akut és krónikus ischaemiás szívbetegségek, angina pectoris, az infarktus krónikus szakasza. Sick-sinus-szindróma. Első, másod- és harmad-fokú A—V-blokk, vagotóniás szívpanaszok).

Visceralis görcsoldás: gasztrointestinalis ér-spasmus, gastritis,

enteritis, colitis, tenesmus, postoperatív meteorismusok, cholecystopathia, cholelithiasis, postcholecystectomy panaszok.

Urológiában: hólyag-tenesmus, eszközös vizsgálatok; adjuvánsként nephrolithiasis esetén.

Más gyógyszerekkel kombinálva: ulcus duodeni et ventriculi, valamint asthma bronchiale, bronchitis asthmatica.

ELLENJAVALLATOK

Veseelégtelenség, a májműködés, a légzés és a keringés zavarai (akut pitvari és kamrai tachycardia, tachyarrhythmia absoluta).

ADAGOLÁS

Inj.: felnőtteknek: csak akut esetben 1, esetleg 2 amp. iv., vagy 1 amp. im. fiziológiás nátriumklorid-oldattal hígítva és lassan befecskendezve.

Tabl.: egyszeri adag 1—2 tabl. naponta; legfeljebb 4 tabl. Kúraszerűen naponta 3 tabl. 3—4 héten át, majd 2×1 tabl. naponta.

MELLÉKHATÁSOK

Szédülés, tachycardia, gyengeségérzés, kézremegés. Esetleges túladagolás, vese- vagy májfunkció-romlás ill. egyéni túlérzékenység esetén hallucinogén hatást és epileptiform görcsöt válthat ki, főleg idősebb betegekben.

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁS

Óvatosan adható

- anesztetikumokkal és szedatívumokkal (hatásuk fokozódik);
- szimpatomimetikumokkal (pitvari és kamrai tachyarrhythmia);
- hypokalaemiát okozó gyógyszerekkel (kardiodepresszió veszélye).

FIGYELMEZTETÉS

Parenterálisan alkalmazva a kezelés helyét lehetőleg váltogatni kell, mert endotel- károsodást, thrombophlebitist okozhat.

Parenterálisan nem adható keringési- és légzészavarokban, kollapszushajlam esetén, valamint manifeszt vizeletretencióval járó prostatahypertróphiában.

Tartós adagoláskor kb. 2 hónaponként, vérképkontroll elvégzése ajánlatos.

Hypokalaemiát okozó gyógyszerekkel (diuretikumok, antihipertenzív kombinációk stb.), digitalisszal, kardiodepresszív szerekkel (béta-receptorblokkolók, kinidin) a Halidor napi adagját csökkenteni kell (150—200 mg-nál nagyobb adag nem javasolt.)

MEGJEGYZÉS

✱ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS

10×2 ml amp. 2,70 Ft., 20 tabl. 2,20 Ft.

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

nére rendszerint nem — vagy alig tartalmazott HBV-t. Megállapították, hogy a HBeAg tartalmú vér HBV titere 10^{-1} , a HBeAg pozitív (u. o. HBsAg tartalommal) 10^{-8} -nál nagyobb titerű volt. Számos epidemiológiai tapasztalat igazolja a HBeAg pozitív és a HBeAg pozitív vérek közötti nagyfokú vírustiter különbséget. A francia, japán, német vaccinagyártók elfogadják ezt az ajánlást, mások HBeAg pozitív vért használnak kiinduló anyagként; a WHO szakértőcsoportja újabban nem zárja ki a HBeAg pozitív vér felhasználását; ennek alapja a kiinduló anyag magasabb HBsAg titer. (Ezt az ajánlást csak mint kereskedelmi argumentumot lehet elfogadni.) Ugyanannyi oltóanyaghoz 5-ször annyi HBeAg tartalmú plazmára van szükség, mint HBeAg tartalmú plazmára. Az NSZK-ban (és másutt is) 10–20-szor több HBeAg pozitív hordozó van, mint HBeAg hordozó. Az NSZK-ban a HBeAg pozitív, kelően magas HBsAg koncentrációval rendelkező véradókból annyi vacinát nyernek, hogy az elegendő minden exponált részére. Nincs adat arra, hogy a HBeAg pozitív vérből származó HBsAg védőhatása csekélyebb volna.

Ismeretes, hogy egyes HBeAg pozitív HBsAg hordozók vérében — ezek rendszerint chr. hepatitis esetek — ugyancsak mérhető mennyiségű HBV-DNA van. A jövőben célszerűnek látszik megvizsgálni, hogy a HBeAg mellett HBV-DNA negatív vért válasszanak kiinduló anyagként.

2. *A HbsAg tisztítás minősége.* A HBsAg particulumok relatíve könnyen tisztíthatók fizikális módszerekkel, végül megmarad a két HBsAg főfehérje, a P25 és a GP 28. Fractionált leválasztás polietilenglycollal, zonális sedimentatio saccharose gradiensben vagy gél-chromatographia agarose géllal olyan szokásos módszerek, amelyek a komplett HBV-particulum részét a 20 nm particulumon néhány tízed potenciállal csökkentették. Ha HBeAg pozitív anyagot használnak, az induló anyag titeré mindig magasabb, mint 10^8 fertőző egység/ml, vagyis pusztán a tisztítással nem várható vírusmentes productum.

3. *Az inaktiválás hatásossága.* Az inaktiválás állandó kémiai anyaga évek óta a formalin. Ez kovalens kötésekkel bevonja a fehérjét és a DNA-t és irreversibilis inaktiválást eredményez. Kimutatták, hogy 1:2000 hígítású formalin 3 napig 37°C -on a 10^{-3} -ra hígított 10^{-5} -feletti HBV titerű serumot non-infectívá tette 2 csimpánz részére. Statisztikai adatok szerint az inaktiváló effektus így is csupán 10^3 — vagy annál jobb — eredményűnek bizonyul. A HBV — más vírusokhoz (pl. Poliovírus) hasonlóan — kevésbé érzékeny formalinnal szemben. Típusos desinfectio esetén (1:50 hígítású formalin, 1 óra 22°C) a tisztított HBV suspensióban csak

10^3 titercsökkenés következik be. Másrészt a HBsAg típusos inaktiválása során (4 nap, 37°C) csak 0,9 mg/ml (= $1 < 425$) formalin koncentráció mellett veszít lényegesen antigenitásából és immunogenitásából. Sajnos, a legtöbb gyártó cég a formalint csak 10-szer nagyobb hígításban alkalmazza és nem mérítik ki a rest-infectio csökkentésének lehetőségét. A HBV és a NANBV hasonló epidemiológiájának alapján már a kiindulási anyag — esetleg mindkét vírus — végproductumának contaminációjával kell számolni. A formalin 1:1000 hígításban (4 nap, 37°C) inaktiválja a NANBV-t. A HBV más inaktiválási módszereinek lehetőségét nemigen vizsgálták. 60°C -os hevítés 10 órán át, 10^6 titerreduktió jár, és ez nem kielégítő. Egyik gyártó cég pH2-vel pepsin emésztést, valamint denaturáló carbamid kezelést alkalmaz a tisztító eljárásban. Ezek az inaktiváló módszerek az irodalomban nem bizonyítottak. Az inaktiváló törekvéseknek és a hőkezelésnek az a hátránya, hogy a vírusnak csak a mellékstruktúráját zavarják meg, a primer szerkezetet nem, és a denaturált agens eltávolítása után renaturálódás következhet be a tárolás során. Nem zárható ki, hogy a primer májcarcinoma és a HBV közötti jól ismert összefüggés ugyancsak az onkogen DNA-rész ilven inaktiválás utáni jelenlétén alapul.

Különböző gyártók eddigi vaccinasorozatai során nem ismeretes kimutatott rest-infectivitás vagy ártalom.

Minden vaccina sorozatgyártása után újból felvetődik a rest-fertőzőképesség lehetősége. Aligha ottikus hogy valamely vaccina ártalmatlansága emberi oltások tapasztalatai alapján derüljön ki, mielőtt a vaccina legnagyobb biztonságáról a gyártás során meggyőződtek volna. Javasolják, hogy a jövőben a vérből a HBV vacinát csak akkor állítsák elő, ha: 1. a kiinduló anyagot olyan HBsAg hordozó donor plazmája szolgáltatja, aki egészséges és vérenek HBV titeré alacsony vagy negatív, 2. olyan tisztító eljárást alkalmaznak, amelynek során a kimutatott HBV particulumok száma legalább 10^4 -ra csökkenhet, 3. a hatásos kémiai inaktiválás maximális intenzitást legyen a tisztított productumban.

Ezt a három kritériumot vizsgálják a jövőben a göttingi VH Referens Központban. Felvetésük akkor valósul meg igazán, ha a vaccina kiinduló anyaga vírusmentes — teljesen szintetikus, vagy genetikai módszerekkel dolgoztak —, vagy az eljárás biztosan kizárja a rest-infectivitást az ember védőoltása előtt.

(Ref.: a szerzők újszerűen vetik fel a HBV vaccina társadalmi-preventív kérdéseit, ezért részletesebb a referátum.) Barna Kornél dr.

latrogen ártalmak

A phenytoin (Diphedan) perifériás idegeket és neuromuszkuláris szinapszisekat károsító hatása. So, E. L., Penry, J. K. (Dep. of Neurol., Bowman Gray School of Med., Wake Forest Univ. Winston-Salem, North Carolina): Epilepsia, 1981, 22, 467.

Az irodalmi adatok arra utalnak, hogy a tartós phenytoin kezelés perifériás neuropathiát és neuromuszkuláris károsodást okozhat. Ez leginkább az alsó végtagok areflexiájában, érzészavarokban és a csökkent vezetési sebességben mutatkozik meg. Izomgyengeség vagy atrofia igen ritkán fordul elő. A perifériás neuropathia szubklinikai állapot a gyakoribb. Ez EMG-vel és a vezetési sebesség méréseivel mutatható ki. Nem tudjuk, vajon ezek az abnormitások statikusak-e vagy lassan progrediálóak. Egyes adatok arra utalnak, hogy — legalábbis a kezdeti szakaszban — reverzibilisek: az állapot a gyógyszer elhagyása vagy az intoxikáció megszűnése után rendeződik. Minél tartósabb a kezelés (5 éven túl) és magasabb a gyógyszer szérumszintje, annál kevésbé. Ezek az adatok is arra figyelmeztetnek, hogy lehetőleg a legkisebb hatásos adagot rendeljük. Tartós kezelés esetén a beteg rendszeresen vizsgáljuk és amennyiben a perifériás idegek károsodására utaló jeleket találunk, változtassuk meg a gyógyszereket.

Kiszely Katalin dr.

A vesemedence invazív rákja, nem malignus betegség miatt adott cyclophosphamid kezelést követően. McDougal, W. S. és mtsai (Rochester Gen. Hosp. 1425 Portland Ave., Rochester, NY 14621): Cancer, 1981, 48, 691.

A cyclophosphamidot, 1958-ban történt bevezetése óta, rosszindulatú daganatok kezelésére használták. Újabban nem malignus betegségekben, például rheumatoid arthritisben, lupus erythematosusban, Wegener-féle granulomatosisban gyermekkori nephrotikus szindrómában és vasculitisben is alkalmazták. Alkalmazásával kapcsolatban urológiai szövődményekről tetek említést, amelyek főleg az alsó szakaszra lokalizálódtak. Már korábban közöltek hólyagrak eseteket jóindulatú betegségek cyclophosphamiddal történő kezelésével kapcsolatban. Esetük, ahol a rák a vesemedencében fejlődött ki cyclophosphamid kezelés nyomán, első az irodalomban.

Egy 47 éves fehér asszonynak 4 hétig tartó vérvezelése volt bal oldali deréktáji fájdalommal. 37 éves korában gyakori fejfájása volt, melyről az agyi angiogram vasculitist állapított meg. Sikertelen prednison kezelés után cyclophosphamid kezelést kezdtek, és erre

fejfejjása megszűnt. A kezelést öt éven át folytatták (összesen 180 grammot kapott). Ezen idő alatt többször észlelt vérévelést és húgyúti fertőzéseken esett át. A beteg titkárnó volt és nem volt kitéve carcinogéneknek.

A vizsgálatok során az iv. urographia hydro-uretro-nephrosist állapított meg. A cytologiai vizsgálat atipusos sejteket mutatott ki. Az ismételt vérzések és az anaemia kialakulása miatt uretero-nephrotoxiát hajtottak végre. A patológiai vizsgálat a vesemedencében egy klinikailag okkult daganatot mutatott ki, amely a vese felső pólusát kiterjedten infiltrálta. A mikroszkopos vizsgálat elszarusodó laphámrákot állapított meg. A daganat infiltrálta a vese körüli szöveteket is. A vesemedencében és az ureterben fekélyeket, hámmetaplasziát és displasiát, valamint sejti-atípiát találtak, amelyek a besugárzott szövetek atípiájára emlékeztettek. A műtét után a csontrendszerben áttéteket találtak, ezért palliatív terápiát adtak. Két hónap múlva a beteg meghalt. Boncoláskor a jobb vese ágyában recidívát, a májban, tüdőben, hasi, mellkasi nyirokcsomókban, a koponyacsontokban és az agyban áttéteket találtak. Az agyban szövettanilag nem tudták a vasculitist azonosítani.

A cyclophosphamid egy alkiláló agens, amelyet a máj aktív metabolitja alakít át és ezt a vese választja ki. Már egyszeri adag is okozhat elhalást és hámatípiát az urotheliumban, amely regenerálódik. Ezt a veszélyt a diuresis fokozásával ki lehet védeni. Eddig 20 hólyagrákot közöltek cyclophosphamid kezeléssel kapcsolatban. Ezek közül 15 férfi volt és 5 nő. Az átlagos életkor 55 év. A betegek többsége az urothelium daganatának felfedezéséig több mint 150 g cyclophosphamidot kapott. Az esetek 25%-a laphámrák volt. A húgyúti rákok között általában kevesebb mint 10%-a laphámrák. A cyclophosphamid okozta gyulladás miatt nem tartják meglepőnek a laphámrák ilyen magas arányú gyakoriságát.

A cyclophosphamid adagolás megkezdése és a hólyagdaganat felfedezése között átlagosan 7 év telt el, eszerint a daganat hosszú túlélésű esetekben fordul elő.

A húgyutak részleges elzáródása szerepet játszhat a daganat patogenezisében, mert ilyenkor az urothelium hosszabb ideig van kitéve az ártalomnak.

A szerzők azt ajánlják, hogy ha hosszú lejárátú cyclophosphamid kezelést tervezünk, tisztázzuk, vajon van-e pangás a húgyutakban. Ha van, akkor a pangást műtéttel meg kell szüntetni, vagy másféle kezelést kell alkalmazni. Nem malignus betegségben nagyon meg kell fontolni a cyclophosphamid alkalmazását.

Póka László dr.

A vena jugularis internán át bevezetett katéter okozta arteria pulmonalis thrombosis. Chastre, J. és mtsai: New Engl. J. Med., 1982. 305, 278.

1970-től, a Swan—Ganz-katéter alkalmazása óta, a súlyos betegek szorosabb haemodynamikai ellenőrzését sikerült elérni. A katétert különböző vénákon keresztül lehet bevezetni az arteria pulmonalisba (vena brachialis, subclavia, femoralis, jugularis interna), legalkalmasabb és legjobban elfogadott a vena jugularis interna. Ennek a módszernek az ismert szövődésményei közül mindeddig, a mélyvénás thrombosis előfordulása csak ritkán került közlésre.

Korábban Swan és mtsai egy, a vena cava sup.-ban keletkezett thrombosis esetet ismertettek. 1974-ben Foote és mtsai kilenc, katéter által okozott pulmonalis ischaemiás laesiót közöltek, mely közül kettőt a katéter környékén kialakult thrombosisból lezakadt embolia okozott. Elliott és mtsai 116 arteria pulmonalis katéterezés közül két esetben találtak vena subclavia thrombosisát a katéter körül.

A katéter által okozott mélyvénás thrombosis diagnózisa, klinikai tünetek hiányában, nagyon nehéz és ennek rendszeres klinikai tanulmányozása ez ideig nem volt.

A szerzők 33 súlyos betegen tanulmányozták a vena jugularis interna thrombosis előfordulását. Azt találták, hogy thrombosis keletkezett a katéter mentén végig, még az arteria pulmonalisban is. A katéter eltávolítása után, 12 órán belül, bilateralis jugularis venographiát végeztek. 33 beteg közül 22 betegnél találtak thrombosisot (66%). Azoknál a betegeknél, akik meghaltak, a sectio során derült ki a thrombosis. A thrombosis keletkezését még a prophylaktikusan adott heparin sem akadályozta meg. A vizsgálatok eredménye alapján a szerzők úgy vélik, hogy súlyos betegek haemodynamikai státuszának monitorozása céljából történő arteria pulmonalis katéterezés csak akkor indokolt, ha annak haszna nagyobb veszélyénél.

Faluhegyi Anikó dr.

Öthetes csecsemő pseudomembranosus colitise. Richardson, S. A. és mtsai: Brit. med. J., 1981, 283, 1510.

A pseudomembranosus colitis az antibiotikumok alkalmazásának ritka szövődésményeként ismert betegség. A szerzők egy 5 hetes csecsemő esetét közlik.

Felső légúti fertőzés miatt amoxicillin kezelésben részesült. A kezelés harmadik napján véres-nválszékürítés lépett fel. Shigella, Salmonella, E. coli, campylobacter és rotavirus irányában végzett vizsgálatok ismételtlen negatívak. A negyedik napon ileus képe kezd kialakulni, s állapotának romlása miatt az ötödik napon laparotomiát

végeznek. Ennek során ascitest észleltek, a colon oedemát, gyulladt. A műtét után metronidazol kezelést alkalmaztak, de metabolikus acidosis és ismétlődő hypoglycaemiák következtében a csecsemő a nyolcadik napon meghalt. A sectio során a vékonybelek normálisak voltak, de a vastagbél mucosa könnyen levált a submucosáról és vastag, sárga membránnal volt fedve. Histológiailag ez a sárga membrán fibrinopurulens exsudatumnak bizonyult. Bőle Clostridium difficile és toxin volt izolálható.

Esetük, megegyezve más szerzők tapasztalataival, alátámasztja azt a megfigyelést, hogy némely antibiotikum alkalmazását pseudomembranosus colitis kísérheti. Ezen tapasztalatok birtokában felvetik azt a kérdést, hogy az eddigi gyakorlattal ellenkezően, az antibiotikumok nagyvonalú alkalmazása talán mégsem teljesen veszélytelen?

Vörös Pál dr.

Therapiás kérdések

A beteg gyógyszerelésének történetét nyilvántartó módszer értékelése. Truitt, C. A. és mtsai: Drug Intell. 1982, 16, 592.

A beteg kezeléséhez nem nélkülözhető a korábbi gyógyszerelésének ismerete. Természetes követelmény, hogy ezekkel az adatokkal szemben a teljesség igénye merül fel. A szerzők egyfajta, a gyógyszerelés történetét magába foglaló módszert ismertetnek és értékelnek. Ezt a munkát 1980. január 14. és március 17. között végezték. 450 ágyas intézményi háttérrel. A felmért betegek között egvaránt megtalálhatók voltak az általános orvoslás, valamint az intenzív egység ápolottai. Egyes betegekkel külön válogattak össze, hogy minél szélesebb gyógyszerválaszték felmérésére legyen módjuk. Maza a nyilvántartó munka egy interjú készítésével kezdődik, amikor a kérdező felveszi a beteg személyi adatait is. Az egész felmérésnek az időigénye 5 és 36 perc között változott, átlagosan 14,5 percet vett igénybe. Magát a kitöltendő adatlapot a függelékben közlik: az előnyomottan tartalmazza a leggyakoribb megbetegedések sorrendiét és csoportosításában az ilyenkor alkalmazott legközismertebb gyógyszerek felsorolását. A kísérlet időtartama alatt 207 beteg anagát dolgozták fel: ebből 186 személy adata volt értékelhető. A gyógyszerfogyasztásra vonatkozóan kapott adatokat megfelelően csoportosítva, táblázatokban közlik. Megállapítják, hogy a ROS (review of systems) betűkkel rövidített rendszerük mélyebb és részletesebb ismereteket nyújt, azaz több gyógyszerelési előzményt tár fel, mint más, ismert módszerek.

Kempler Kurt dr.

Betekintés az USA gyógyszerészetébe. Az USA orvosi rendelőiben felírt, leggyakrabban alkalmazott gyógyszerek. A. I. Wertheimer: Pharm. Int. 1982, 3, 275.

Az USA Egészségügyi Statisztikai Nemzeti Központja 1980-ra vonatkozóan kidolgozta a leggyakrabban használatos gyógyszerek jegyzékét. A felmérés közel 3000 gyakorló orvos rendelési szokása alapján történt. A megkérdezettek 77,2%-a válaszolt. Érdekes, hogy a leggyakrabban alkalmazott 200 gyógyszer-féleség mindössze 8%-a annak a 2632-féle gyógyszernek, amely a válaszokban összesítve előfordult. Ugyanakkor ez a 200 gyógyszer mennyiségében kétharmadát teszi ki a felírt gyógyszerek összességének. A gyógyszerek 24,2%-át szabad kémiai nevén (generic) írták fel. A felírt gyógyszerek 12,6%-a egyébként nem lett volna vényköteles. Figyelemre méltó, hogy a felírt gyógyszerek 8,6%-a ún. ellenőrzés alatt álló vegyület: ezekhez a hozzáadott veszélyes jelentős mértékben fennáll. E gyógyszerek forgalmát az Igazságügyi Minisztériumhoz tartozó Drug Enforcement Administration (DEA) felügyeli. Az abúzzsal kapcsolatban a szerző részletekbe bocsátkozik. A cikkhez tartozó táblázat a feldolgozott közel 680 000 gyógyszer részletesebb csoportosítását is közli.

Kempler Kurt dr.

A vényírási reakció előrejelzése új gyógyszereknél. Szerkesztőségi cikk: Pharm. J. 1982, 228, 619.

Az orvosok vényírási szokásainak az új gyógyszerek bevezetésével kapcsolatos vizsgálatánál több nehézség adódik. Ezek közül az első az, hogy egyáltalán nem biztos, hogy az orvos azt fogja majd tenni is, amit mondott. Második probléma: az ellenállás a változtatás szükségességével szemben. A harmadik pedig az, hogy biztosítsuk a helyes módszer állandóságát. A szerző egy klasszikus példát hoz fel erre, mely a Daily Mirror c. újság olvasottságának vizsgálatával kapcsolatos. Akkor, amikor közvetlenül tették fel a kérdést, hogy olvassa-e a lapot, az általános orvosoknak mindössze 3%-a felelt igennel, viszont arra a kérdésre, hogy kollégái közül kb. hányan olvassák a lapot, a válasz 18%-ban volt pozitív. A gyógyszerek rendelése terén ez úgy jelentkezik, hogy több, mint a kért orvosok 80%-a ad pozitív választ arra, miszerint a gyógyszer ára fontos tényező abban, hogy milyen gyógyszert rendel, ugyanakkor a valóságban nagyon kevés az olyan orvosok száma, akik tisztában lennének azzal, hogy az egyes gyógyszerek mibe is kerülnek, és kiismernék magukat az árak és a terápiás hatás útvesztőiben. Mindezt a szerző elsősorban az új gyógyszerek bevezetésének a

szempontjából vizsgálja. Megállapítja, hogy egyes orvosok a klinikai és más útmutatások alapján írják az új gyógyszereket, mások viszont jobban szeretnek 2–3, vagy akár 5 évet is várni, amíg a jelentkező mellékhatások szintje a kollégáktól és az egyéb úton nyert információk alapján behatárolódik. Az általános orvosoknak kevesebb mint egyegyede ír fel olyan gyógyszert, amely egy évnél nem régebben került forgalomba. Kb. 40–60%-ra tehető azoknak a száma, akik a forgalomba kerüléstől számított 2–6. év között kezdik írni az új gyógyszereket. A szerző az új gyógyszer bevezetésénél keletkező nehézségek tanulságait a gyártók szemszögéből is megvilágítja.

Kempler Kurt dr.

Tartós antihypertensív kezelés béta-blokkolóval vagy diureticummal. Stumpe, K. O., Krück, F. (Medizinische Universitäts-Poliklinik Bonn): Dtsch. med. Wschr. 1982, 107, 363.

Az artériás hypertensio kezelésére ma elsősorban béta-blokkolókat és thiazidokat adnak önmagukban vagy egymással kombináltan. Ezek vérnyomáscsökkentő hatása egyenlő erősségű és a mellékhatások gyakorisága is hasonló, mintegy 10%. A hatásmechanizmus egyik esetben sem teljesen tisztázott, a béta-blokkolók elsősorban a perivolument csökkentik, a diureticumok pedig a perifériás ellenállást, így együttes hatásuk pathofiziológiailag is indokolt. Hogy melyik gyógyszerrel kezdjük a kezelést, egyértelműen nem válaszolható meg. Egyes vizsgálatok arra utalnak, hogy fiatalabb betegek oéta-blokkolóra, idősebbek pedig diureticumra reagálnak jobban. Az életkor azonban egymagában nem lehet meghatározó, mivel az 55 éven felüli betegek mintegy fele, a fiatalabb enyhe és közepesen súlyos hypertóniásoknak pedig több mint fele jól kezelhető diureticummal. Biztos, hogy idősebb korban gyakoribb légúti obstrukció, av-átvezetési, és artériás keringési zavar miatt béta-blokkolók adása több esetben kontraindikált.

A mellékhatások közül thiazidok esetében a diabetes kialakulása, a glukóz-tolerancia csökkenése, hypokalaemia, a szérumsav húgysav emelkedése, a vesefunkció romlása, béta-blokkolónál szintén cukoranyagcsere-zavarok, a szérumsav húgysav emelkedése, vesekárosodás, a már meglévő érelváltozások progressiója jön szóba, azonban ezek ritkák. Fontosabbak a zsírsavanyagcsere kifejtett hatásai, melyek következtében az atherosclerosis kockázata fokozódik. A thiazidok ugyanis emelik a szérumsav koleszterin szintet és a triglycerideket, a béta-blokkolók csak a triglycerideket; mindkettő emeli a LDL és VLDL koncentrációt, ezenkívül a

béta-blokkolók csökkentik a HDL frakciót.

Ma már kétségtelen, hogy a jól beállított hypertóniás betegek élet-tartama meghosszabbodik, ritkábban lép fel agyvérzés, aneurysma dissectans, szívelégtelenség, bal kamra hypertrophia, azonban az ischaemiás szívbetegségekre vonatkozóan az adatok ellentmondóak. Úgy tűnik, hogy csupán a béta-blokkolók csökkentik az akut szívinfarctus mortalitását és a recidívát. Nem eldöntött a kérdés, hogy a thiazidok és béta-blokkolók zsírsavanyagcsere-hatásai által növelik-e a coronaria-megbetegedések rizikóját. Mindenképpen felmerül a kérdés, hogy szabad-e adni ezeket a gyógyszereket elsősorban fiatal betegeknek, akik feltehetően egész életükben kezelésre szorulnak, különösen olyanoknál, akiknél a kezelés megkezdése előtt is kimutathatók zsírsavanyagcsere-eltérések és magas húgysav értékek. Ajánlatos tehát a kezelés megkezdése előtt és utána néhány héttel a szérumsav lipoidokat ellenőrizni. Ha az eredmények romlanak, diétás kezeléssel próbálkozunk, hatástalanság esetén pedig egyéb antihypertensívumra tanácsos áttérni. A prazosin inkább csökkenti a koleszterin-, LDL-, VLDL és triglycerid-szintet, ugyanakkor kedvező hatású az angiotensin-konvertáló enzimgátló adása is. A béta-blokkolók közül ilyen vonatkozásban legkevésbé káros a pindolol.

A szerzők összefoglalóan megállapítják, hogy mivel a thiazidok és béta-blokkolók hatásereősége és mellékhatásai lényegében nem különböznek, egyiket sem lehet a másik elé helyezni. A lipoid anyagcsere-re gyakorolt kedvezőtlen hatásai miatt együttes adásuk főleg fiatal betegeknek megfontolandó, ilyen esetben a zsírsavanyagcsere ellenőrzése, illetve egyéb gyógyszer adása jön szóba.

Völgyi Zoltán dr.

Aminoglycosidok. Phillips, I. (Dep. of Microbiology, St. Thomas's Hospital Med. School, London SE1 7EH): Lancet, 1982, 2, 311.

Az aminoglycosid antibiotikumok súlyos betegségek gyógyításában központi helyet foglalnak el. Az ismertetés célja, hogy hozzásegítsen a toxikusság nélküli maximális dózisok kiválasztásához, adott klinikai esetben.

In vitro az aminoglycosidok baktericid hatásúak, optimálisan enyhén lúgos közegben és aerob körülmények között. Antibakteriális hatásuk nem igazán széles spektrumú, mert a gram-pozitív mikroorganizmusok, főleg a streptokokkuszok nem eléggé érzékenyek. Kiemelhető a tobramycin Pseudomonas aeruginosa-ra, a streptomycin Mycobacterium tub.-ra kifejtett jelentős gátló hatása.

A mikroorganizmusok aminoglycosidok hatásával szembeni rezisztenciája különböző variánsok szelektálódásával függ össze, amelyek közül legfontosabbak az inaktíváló enzimeket tartalmazó törzsek elszaporodása. Az inaktíváló enzimek szintéziséhez szükséges információt plazmidok hordozzák, esetleg több enzimét is, érthető tehát a rezisztens törzsek gyors terjedésének lehetősége. A rezisztens törzsek jelenlegi területi eloszlásáról keveset tudunk. Az aminoglycosidokat gyakran béta-laktám antibiotikumokkal kombináltan alkalmazzák a gram-pozitív mikroorganizmusokra kifejtett gyengébb hatás fokozása és a gyógyszerrezisztencia előfordulásának csökkentése érdekében, amit a két antibiotikum-típus hatása között kimutatható szinergizmus is indokol.

Klinikailag fontos az a megfigyelés, hogy az aminoglycosidok hatása penicillinek jelenlétében, vizes oldatban, órák múlva csökken vagy elvész, ezért tartós infúzióban erre kell gondolni. Az aminoglycosidok p. o. adagolás esetén általában nem, vagy csak elenyésző mértékben szívódnak fel, de nagy dózisok (neomycin) toxikus tüneteket okozhatnak. Parenterális adagolásakor a hatóanyagok gyorsan megjelennek a szérumban és az extracelluláris folyadékokban, fehérjekötődésük alacsony (kb. 30%), felezési idejük 2 óra körüli érték, a véréből a hatóanyag antibiotikumok esetén (gentamicin, sisomicin, tobramycin, netilmicin, MIC = 0,1–1,0 mg/l), 80–100 mg/beteg egyszeri i. m. beadása után 2–8 mg/l, a kisebb hatásúak (streptomycin, kanamycin, amikacin, MIC = 1,0–16 mg/l), 0,5–1,0 g/beteg egyszeri adagolás után 10–50 mg/l közé várható. Az aminoglycosidok kiürülése lassú (felezési idő 12 óra körül), a teljes kiürülés napokat is igénybe vehet. Minden aminoglycosid glomerulus filtrációval ürül 80–90 ml/min. clearance-szel. Az agyvér gáton lényeges mennyiségű antibiotikum nem halad keresztül, dúsulás az epében és bronchusváladékban figyelhető meg, ahonnan haemodialysissal (de nem peritoneálissal) eltávolítható.

Mellékhatások: az oto- és nefrotoxicitás az uralkodó, neurotoxicitás (intraventrális, intratracheális adagolás) ritka, túlérzékenység, anaemia, csontvelő-károsodás (főleg neomycin esetén) csak nagy adagok esetén fordul elő. Rizikófaktorok: vesebetegségek, tartós alkalmazás, magas és tartós vésztartalom, más ototoxikus gyógyszerekkel egyidejű alkalmazás.

Helyi és külsőleges alkalmazás esetén rezisztens mikroorganizmusok szelektálódásának fokozott veszélyével kell számolni. A külső fül, conjunctiva, az orr, bőrfelületek, a katéterezett lég-, húgy-, epeutak fertőződésének megelőzésére vagy megszüntetésére többnyire neomycin használatos más fertő-

lenítővel kombinálva (klórhexidin, bacitracin, polymyxin). Műtét előtt, gram-negatív bacillusok számának a béltraktusban elérendő jelentős csökkentése céljából szintén neomycin p. o. alkalmazása általános gyakorlat, bár újabban előnyösebbnek tartják a szisztémásan adagolható, kevésbé toxikus aminoglycosidok használatát.

Szisztémásan leggyakrabban a gentamicint alkalmazzák, elsősorban gram-negatív bacillusok által okozott megbetegedésekben, 8 óránként adagolva, legfeljebb 5 mg/kg-ot. Bizonytalan diagnózis vagy Streptococcus-fertőzések esetén béta-laktámokkal, anaerobokkal történt fertőződés esetén nitro-imidazolokkal (Klion, Tinidazol) indokolt kombináltan alkalmazni. Pseudomonas-fertőzés kivédésére a tobramycin előnyösen kombinálható azlocillinnel vagy ticarcillinnel. A félszintetikus aminoglycosidok (netilmicin, amikacin) hatása és toxicitása kisebb, mint a gentamiciné, de szélesebb a spektrumuk, dózisuk 15 mg/kg/nap több részre osztva.

(Ref.: Helyesírás: Micromonospora fajok által termelt antibiotikum „i” betűvel, mint gentamicin, Streptomyces fajok által termelt „y” betűvel, mint streptomycin, irandók.)

Koczka István dr.

β -lactamase-gátlók, mint új kezdeményezés az antibiotikus terápiában. Wundt, W., Baumgärtner (Inst. f. Med. Mikrobiologie, Klinikum Mannheim der Univ. Heidelberg): Dtsch. med. Wschr. 1982, 107, 1285.

A β -lactam-antibiotikumok (penicillin, cephalosporin) gyakori, nem célzott bevetésének selectió nyomása folytán főleg kórházi környezetben multiresztens baktériumtörzsek alakultak ki. Ezek, mint a hospitalismus okozói (pl. Staphylococcus aureus, Enterobacteriaceae, Pseudomonas aeruginosa), különösen az újszülötteket, valamint a sorvasztó betegségben szenvedő gyenge ellenállású betegeket veszélyeztetik. A resistencia részben speciális baktériumenzimek az ún. β -lactamasek képzésén alapul, amelyek a penicillin- és cephalosporinvázban a β -lactamgyűrű hydrolysisát katalizálják. A penicillin-G, ampicillin készítmények és eszterek nem lactase-stabilok, és éppen ezért jelentőségükből veszítettek és helyükre olyan anyagok léptek, amelyek a β -lactamaseval szemben nagy állandóságot tanúsítottak (pl. a cephalosporinok új generációi).

Új utat nyitott meg a β -lactamase-probléma megoldására a clavulansav felfedezése, amely a Streptomyces clavuligerus anyagcsereterméke és a β -lactam-antibiotikumok új csoportjába tartozik. Ezen anyagcseretermék csupán kevés baktérium-species ellen bír jelentősebb antibakterialis hatással,

azonban a klinikailag fontos β -lactamaset irreversibilis módon gátolja. További β -lactamase-gátló a Sulbactam, a penicillinsav sulfonja; a pivalooxymethyleszter, mint a clavulansav orális medicatúra is alkalmas. Mint valamennyi β -lactam antibiotikum, a Sulbactam és clavulansav csekély mértékben toxikusak és alkalmilag a kezelés megszakítására kényszerítenek; a penicillinnel való kombinációs terápiára nem ritkán hasmenést okozhat, ami ugyan a kezelés folyamán megszűnik; ezenkívül allergiás reakciók is ismeretesek. A készítmény hepatotoxicitása és a szénhidrát anyagcsereére való hatása még nem teljesen ismert, így hepatopathiák és diabetes esetén még nem javallt.

β -lactamase-gátló és β -lactam-antibiotikum kombinációjának elve azon célzattal, hogy ezt a baktériumenzym behatásától védjük, számos párosítás kidolgozását célozhatja. A kombinációs terápia előtt ajánlatos annak a megállapítása, vajon az izolált kórokozó β -lactamaset képez-e. Erre szolgálhat a nitrocephin, egy chromogen cephalosporin: β -lactamase jelenlétében vizes oldatban burgundivörös elszíneződés mutatkozik; ha ez a reakció pozitív, akkor a clavulansav vagy Sulbactam és β -lactam antibiotikumok különböző kombinációjú antibiogramjai adnak felvilágosítást.

ifj. Pastinszky István dr.

Máj- és epeútbetegségek

Az epekövek feloldása. (Szerkesztési közlemény): British Medical Journal 1982, 284, 1.

Az elmúlt években a betegek ezreinek kezeléséről számoltak be kísérletes tanulmányokban, mindezek ellenére sem alakult még ki végleges vélemény az epekövek gyógyszeres oldhatóságáról. A bizonytalanságra drámaian utal, hogy pl. az 1977–78-ban megjelent közlemények között egy csoport örvendezve 93%-os eredményről számolt be kenodezoxikólsav kezeléssel kapcsolatosan, míg vele egyidőben egy kétkezdő sebész mindössze 5–10%-os eredményt ismertett.

Nagyon is indokolt volt az USA-ban elvégzett, hatalmas beteganyagot felölelő országos kooperatív epekőtanulmány, melynek eredményeit Schoenfield és Lachin ismertették 1981-ben. A szerkesztési közlemény e tanulmányt ismerteti.

A vizsgálatba 900 intelligens, jó állapotban levő epeköves beteget vontak be. A prospektív, kettős vak kísérlettel ellenőrzött tanulmányt két éven át folytatták. A kezelt betegek egy részénél 375 mg, más részénél 750 mg kenodezoxikólsavat alkalmaztak. Az összköltség betegenként több mint 10 000 dollár volt.

Közben vitássá vált az alkalmazott, viszonylag alacsony dózis, de az illetékes országos bizottság nem engedélyezte nagyobb napi adag alkalmazását. A tanulmány több meglepetéssel és váratlan eredménnyel is szolgált.

Teljes oldásról mindössze 13,5%-ban tudtak beszámolni a 750 mg napi adaggal kezelt csoportban, ami még mindig több volt, mint a 375 mg-mal kezeltéknél észlelt 5,2%. A készítményt a betegek 93%-a jól tűrte. A szegényes eredményekért nem a gyógyszerelésben elkövetett hibák voltak okolhatók, 94 betegnél volt legalább részlegesen mérszintenzitási árnyék: ezek hasonlóan reagáltak a többiekhez. A mérszintenzitást egyébként általában kizáró tényezőnek tekintik ilyen kezeléseknél. Akiknél 9 hónapi kezelés után részleges eredmény sem volt látható, a két éves kezelés után csak extrém ritkán következett be teljes oldás. Az eddigi tapasztalatoknak megfelelően tehát érdemes fél év után kolecisztogramot készíteni, mert annak alapján valószínűsíthető a további prognózis. A sovány betegek és a nők általában jobban reagáltak a kezelésre, mint a kövérek, ill. a férfiak. Azonos idő alatt a kis kövek jobban reagáltak a kezelésre, mint a nagyobbak. Azon tény, hogy a magasabb szérumszint mellett az eredmények jobbaktak, nehezen lehet magyarázni.

A klinikai tünetek alakulása: a hányinger növekedett, a dyspepsziás panaszok csökkentek, de az epés jellegű fájdalmak nem. A nagyobb adaggal kezelt csoportban 41%-ban hasmenés jelentkezett, de az adagok csökkentésére csak 5%-ban kényszerültek.

Laboratóriumi eltérések: a szérumszint aminoszteráz aktivitás 51%-ban emelkedett átmenetileg és 15%-ban tartósan. Perzisztáló biokémiai eltérések miatt a nagyobb adaggal kezelték közül 7 betegnél végezték el a biopsziát. Az eredmény 3 esetben normál volt, egyénél „drug” hepatitiszt, egyénél pedig krónikus aktív hepatitiszt találtak. Ezek az elváltozások nem függtek össze a kezeléssel, hiszen az epeköbetegség maga is az abnormalitások széles skálájával társul. Jelen ismeretek szerint a gyógyszer indukálta májtoxicitás valószínűsége nem nagy, és inkább idioszinkráziás jellegű.

A szérumszint trigliceridek csökkentek, viszont ellentétben az eddigi eredményekkel a szérumszint kolesterin szint a kezelt és kisebb mértékben a placebo csoportban is emelkedett.

Az igazán fontos ebben a tanulmányban, hogy igényesen bizonyította a kenodezoxikólsav hatását az epekö oldásában. A megítélt nem befolyásolhatja az a tény, hogy alacsonyabb adagokat alkalmaztak. Az előző tanulmányokból az tűnik elő, hogy az optimális adag 1000 mg/die, vagy 15 mg/kg/nap lenne,

ezt viszont gyakran kell csökkenteni, mert a betegek negyedénél hasmenést provokál.

Hasonló kezelések során elsősorban a májfunkciókra kell gondosan felügyelni és 6 hónap után kolecisztogramot kell készíteni. Ha ilyenkor részleges eredmény sem bizonyítható, vagy súlyos epés panaszok maradnak fenn, műtét mellett kell dönteni. A 6 hónap után észlelt részleges eredmény esetén a teljes oldódás reményében lehet folytatni a kezelést.

Kiknél alkalmazzuk ezt a kezelést? Elsősorban, akiknél kolecisztektómia nem jön szóba. Az idősebb betegek helyes kiválasztása gyógyszeres kezelésre csökkentheti a kolecisztektómia mortalitását. A gyógyszeres kezelés soha nem társult halálessel. Ezek az eredmények — a szerkesztési cikk szerint — végül is nem annyira lehangolóak, mint amennyire az első pillanatokban annak tűnnek.

Az igazi kérdés, mely mieelőbbi megoldást kíván, eldönteni, hogy vajon a *kenodezoxikólsav*, vagy az *urzodezoxikólsav* alkalmazandó-e? Ez utóbbi készítmény ugyanis nem okoz változást a szérumszint transzamináz értékekben, hasmenést is csak ritkán provokál, ugyanakkor legalább annyira hatásosnak látszik, mint a *kenodezoxikólsav*.

További megoldandó feladat az eredményes gyógyszeres köoldás után a *kő újraképződésének* megakadályozása.

Úgy tűnik, hogy a gyógyszeres epeköoldás kevesebb eredményt nyújt, mint azt eddig hittük. A módszert elvetni azonban helytelen lenne. Az ismertetett tanulmány segítségével ma reálisabban látjuk a lehetőségeket, mint megelőzően.

Deli László dr.

Percutan drainage elzáródásos icterusban. Dohmoto, M., Schweiberger, L. Kimura, K. (Abteilung für Allgemeine Chirurgie der Chirurgischen Universitätsklinik Hamburg/Saar und Chirurgische Universitätsklinik Tokio): Chirurg, 1982, 53, 43.

Hosszan tartó, tumor okozta elzáródásos icterusban, különösen inoperabilis esetekben, igen nagy a műtét rizikó. Gyakran még palliatív beavatkozás sem végezhető el. A szerzők ilyen esetekben a percutan transhepatikus cholangiodrainage-t (PTCD) alkalmazzák.

Eljárásuk lényege: Először percutan transhepatikus cholangiographiát végeznek. A draineső bevezetése történhet horizontálisan, a jobb középső hónaljvonalból, vagy közvetlenül a ductus hepaticust megelőzve, a hasfalon keresztül, ventro-dorsalis irányba.

64 esetük közül 8-szor az előbbi, 56-szor az utóbbi alkalmazzák. A ventro-dorsalis behatolást képerősítő ellenőrzése mellett, teflon katéter burokokban levő PTCD tüvel vég-

zik. A tűt kis bőrmetszés után, a hasfalon keresztül a ductus hepaticusba szúrják. A befecskendezett kontrasztanyag igazolja, hogy sikerült-e a tűt a megfelelő helyre (a ductus hepaticusba) juttatni. Ha a PTCD tű megfelelő helyen van, úgy azt óvatosan kihúzzák, és csupán a teflon katéter marad bent. Ezután rendszerint nagy nyomással ürül a kontrasztanyaggal kevert epe. A katéteren keresztül most egy angiographiás vezető drótot tolnak be, egészen az elzáródás helyéig, majd a drót segítségével draint vezetnek fel. Miután a képerősítő segítségével megállapították, hogy a drót és a drain megfelelő helyen van, eltávolítják a vezető drótot és az először bevezetett teflon katétert. A draint a hasfalhoz rögzítik. Naponta kétszer átöblítik az epeutakt és mérik a kiürült epe mennyiségét.

Eredményeik: 59 beteg közül 56-nál sikerrel járt a ventro-dorsalis módszer. 3 betegnél a katéter elmozdult. 13 esetben a laterális behatolást kísérelték meg, 5 esetben eredménytelenül. Ezek közül 4-nél exploratív laparotomia útján inoperabilis carcinoma derült ki. A 64 beteg közül 50-en palliatív beavatkozásként alkalmazták, inoperabilis rák miatt. Leggyakoribb szövödményként (7 esetben) a katéter elmozdult. Hasúri vérzést, vagy septicus állapotot nem észleltek. 6 beteg cholangitisét antibioticumos öblítésekkel sikerült gyógyítani. Egy esetben epeperitonitis miatt laparotomiát végeztek.

Az elzáródásos icterust akár operatív, akár nem műteti úton, de meg kell oldani. Konzervatív eljárásaként a PTCD-n kívül endoscopia útján végzett epeút drainage is számításba jöhet. A szerzők véleménye szerint PTCD után az icterus megszűnésével a beteg állapota javul és az esetleg szükséges műtét jobb kilátások mellett végezhető el. Irodalmi adatok arról tanúskodnak, hogy praoperatív epeút tehermentesítés nélkül 28,3%-41%-a, PTCD után 4-8,2%-a a műtét letalitás.

Viczián Antal dr.

Pyogen májtályog kezelése percutan tű-aspirációval. Berger, L. A., Osborne, D. R. (Dept. of Diagnostic Rad. and Acad. Dept. of Surgery, Royal Free Hosp. and Royal Free Hosp. School of Med., London): Lancet, 1982, I, 132.

A pyogen májtályog súlyos megbetegedés. A sebészi drainage és az antibiotikumok alkalmazása javított ugyan a prognózison, de a mortalitás még így is magas, különösen multiplex tályogok esetében. A diagnosztikában az ultrasonográfia hozott jelentős előrelépést. Ultrahang-vezérlés mellett a tályog percutan leszívása is lehetséges. A nyert genny tenyésztése után célzott antibiotikus kezelést lehet alkalmazni. A szerzők 15 soliter vagy

multiplex pyogen májtályogban szenvedő beteget kezeltek ezzel a módszerrel. A tályog kimutatása nem jelentett nehézséget. A percutan aspiráció után a betegek azonnal jobban érezték magukat, a laboratóriumi eltérések is normalizálódni kezdtek. Az ultrahangvizsgálat szerint is gyors volt a javulás. Soliter tályog esetében 10 hónap volt a leghosszabb idő, ami alatt a máj ultrahangképe normális lett. Az átlagos kórházi ápolási idő 11, ill. 20 nap volt. Az 1–4 éves megfigyelési idő alatt relapsust a szerzők nem észleltek. A kezelésnek szövődménye nem volt.

A szerzők tapasztalata szerint a pyogen májtályog percutan aspirációja egyszerű és hatásos kezelési módszer. A beavatkozást megfelelő antibiotikus kezelésnek kell követnie.

Banai János dr

Pyogen májtályog: sikeres nem sebészeti kezelés. Herbert, D. A. és mtsai (Kaiser-Pernante Med. Ctr., Los Angeles; Univ. of California School of Med., Los Angeles, California): *Lancet*, 1982, I, 134.

A szerzők 10 beteget kezeltek csak antibiotikummal pyogen májtályog miatt. A diagnózist májscintigráfia vagy ultrasonográfia segítségével állították fel. 9 esetben történt haemokultúra, ami minden esetben pozitív volt. 6 betegből percutan májspirációval nyertek gennyet anyagot. 9 antibiotikummal kezelt beteg gyógyult. 1 beteg májbiopsia vérvézéses szövődménye miatt meghalt. A betegek átlagosan 30 napig kaptak széles spektrumú antibiotikumot intravénásan és átlag 25 napig szájon át. A klinikai javulás röviddel a kezelés megkezdése után elkezdődött. Az antibiotikum adásának befejezése előtt végzett kontroll scintigráfia vagy sonográfia 3 betegben a tályog teljes eltűnését, 6-ban pedig a megkisebbedését mutatta. Az átlagosan 15 hónapos megfigyelési idő alatt nem észleltek relapsust.

A szerzők pyogen májtályog esetében haemokultúrára való vérvétel után antibiotikus kezelést (gentamycin és clindamycin) kezdenek el. Ha a tályog biztonságosan elérhető, percutan aspirációt végeznek a diagnózis megerősítésére és tenyésztésre. Gram-festésre anyag nyerése céljából. A tályog tartamát nem szívják le teljesen. Sebészeti beavatkozást akkor végeznek, ha más hasi folyamat miatt azonnali műtét szükséges, vagy amikor a gyógyszeres kezelés nem bizonyul hatásosnak.

Banai János dr

A hormonok és folyadékretenció cirrhosisban. Szerkesztőség közlemény: *Lancet*, 1982, I, 1341.

A cirrhosisnak és előrehaladott májbetegségnek egyik gyakori jele a folyadékfelhalmozódás, amely as-

citeshez és perifériás oedema kialakulásához vezet. Ez eleinte reagál a só- és folyadékmegvonásra, diureticumokra, vagy steroidkezelésre, de később intractabilis lesz és heroikus beavatkozások, mint a LeVeen shunt alkalmazása, vagy az ascitesfolyadék dialysise és reinfundálása szükségesek. A hormonok szerepe ebben a mechanizmusban (aldosterin, vasopressin stb.) még nem egészen egyértelmű.

A nátrium retenciója cirrhosisban nem vitatott. Cirrhosisos betegek, kezelés nélkül, napi 5 mmol nátriumnál többet nem képesek kiüríteni, összehasonlítva a több mint 100 mm-os mennyiséggel egészségesek esetében. Régebbi magyarázat szerint a renin-angiotensin-aldosteron rendszer aktivációja játszik fontos szerepet, melyhez az aldosteron csökkent lebontása is hozzájárul. Ez a szemlélet vezetett a spironolactonok bevezetéséhez az ascites kezelésében. Bizonyos vizsgálatok azt mutatták, hogy ez a mechanizmus csak a cirrhosisos eseteknek kb. 1/3-ában létezik és ez az eredmény kétségeket támaszt a folyadékretenció dominánsan aldosteron eredetével szemben, fel kell vetni az aldosteronreceptorok fokozott érzékenységét is cirrhosisos egyénekben.

Állatkísérletekben felvették az arginin-vasopressin szerepét is. Diabétes insipidusos patkányokban a (széntetetrachloriddal) létrehozott májelégtelenség ellenére nem fejlődött ki vízretenció.

A cirrhosisos betegekben kialakuló hyponatraemia szomjúságot okoz, amely további vízfelvételhez vezet. A vasopressin szerepére utalhat emberben, hogy vasopressin antagonisták, mint pl. alkohol és demeclocyclin diuretikus hatással rendelkeznek. *Bichet és mtsai* alkoholos cirrhosisban szenvedő betegeket megfigyelték, hogy 20 ml/kg-os adagban adott vízterhelésre a betegek képtelenek voltak 262 mmol/kg-nál hígabb vizeletet produkálni. *Blendis és mtsai* emelkedett vasopressin szintet találtak cirrhosisos betegekben, de a LeVeen shunt felhelyezése után fokozódott a diurézis anélkül, hogy a plasma vasopressin szintje változott volna. Ez a megfigyelés arra utal, hogy a vasopressin nem játszott szerepet, hanem az intravasculáris folyadék expansiójának volt a következménye a fokozott diurézis. Valószínű, hogy intrarenális factorok, mint pl. veseartéria constricció és a véráramlás corticomedullaris shuntje fontos a vízretenció mechanizmusában.

Ternák Gábor dr.

A krónikus alkoholizmus hatása a májcirrhosis és a hepatocelluláris rák kifejlődésére: kapcsolata a hepatitis B felszíni antigen hordozáshoz. Onishi, K. és mtsai (First Dep., Med. Chiba City, Chiba, Japan): *Cancer*, 1982, 49, 672.

Japánban az alkoholfogyasztás és a fejenkénti alkoholélvezet feltűnően nő. Lehet, hogy ez hozzájárul az alkoholos májbetegségek gyakoribb előfordulásához, mint például az alkoholos zsírmáj, alkoholos hepatitis, alkoholos fibrosis, alkoholos cirrhosis és hepatocelluláris rák, és elősegíti a megközelítően 2 millió hepatitis B felszíni antigen hordozó (HBsAg), és esetleg a nem A és nem B hepatitis vírus hordozók kialakulását. Ismert tény, miszerint magában a nagy mennyiségű alkoholnak krónikus fogyasztása gyakran okoz májcirrhosist, és hogy ezek kis részében hepatocelluláris rák fejlődik ki. Mindazonáltal nem tudjuk, hogy a krónikus alkoholizmus gyorsítja-e a hepatitis B-virussal ferőzött máj cirrhosisát, vagy abban a hepatocelluláris rák kifejlődését. Ezt a kérdést tanulmányozták a jelen közleményben.

A krónikus alkoholfogyasztás hatását tanulmányozva a májcirrhosis és a hepatocelluláris rák (HCC) kialakulásának latenciájára, 158 cirrhosisos és 79 HCC-ás beteget elemeztek tekintettel az életkorra és a diagnózis idejére. Az eseteket négy csoportba osztották a hepatitis B felszíni antigen (HBsAg) jeleléte alapján a serumban és a 10 éven át fogyasztott napi több mint egy kis üveg "sake", vagy annak megfelelő alkoholfogyasztás alapján.

A HBsAg pozitív cirrhotikus alkoholisták férfiak ($n=10$) átlagos életkora 38,8 év volt, 10,5 évvel fiatalabbak voltak, mint a nem alkoholisták ($n=8$) ($P<0,05$). Az alkoholisták HBsAg negatív cirrhotikusok átlagos életkora ($n=97$) 47,9 év volt, 8 évvel fiatalabbak voltak, mint a nem alkoholisták ($n=36$) ($P<0,001$). Nem volt szignifikáns különbség ezeknek a csoportoknak laboratóriumi adatai között. A HBsAg pozitív alkoholisták HCC-s betegek ($n=20$) átlagos életkora 48,9 év volt, 9 évvel fiatalabbak voltak a nem alkoholistáknál ($n=12$) ($P<0,05$). A HBsAg negatív alkoholisták HCC betegek átlagos életkora 51,0 év volt ($n=10$), 10 évvel fiatalabbak voltak, mint az alkoholt nem fogyasztó HCC-s férfiak ($n=11$) ($P<0,05$).

Ezek az adatok azt sugallják, miszerint az alkoholizmus elősegítheti a májcirrhosist és a HCC-t, különösen a HBsAg hordozókban.

A közeli jövőnek választ kell adnia arra a kérdésre, vajon a HBsAg pozitív betegek kis mennyiségű alkohol fogyasztásának van-e szerepe a cirrhosis kialakulásában, vagy az a fokozott alkohol érzékenységnek vagy annak tulajdonítható,

hogy csökkent az alkoholt oxidáló kapacitásuk.

Ez idő szerint nem világos, hogy az alkoholfogyasztás által megkönynyított HCC kifejlődés másodlagos-e egy korábban kialakult cirrhosis mellett, amelyet praecancerosus lézióknak tartanak, vagy az oxidasék és a microsomalis oxidáló rendszer kevert funkciójára gyakorolt hatás útján jön létre.

A tanulmány adatai azt mutatják, miszerint a nem A és nem B hepatitis vírus oki összefüggésben van a cirrhosisal. Hogy az alkoholizmus elősegíti-e a cirrhosis kifejlődését a nem A, és nem B hepatitis vírus hordozókban, azt tovább kell kutatni.

Póka László dr.

Campylobacter coli hepatitis. Ampelas, M. és mtsai (Clin. des Maladies de l'Appareil Digestif Montpellier): Nouv. Presse Méd. 1982, 11, 593.

A *Campylobacter coli* et jejuni jelentős kóroktani tényező a heveny diarrhoeák és az enterocolitis ulcerosa kiváltásában (Vincent, 1947); a bélfolyamatból kiinduló különböző septikus állapotokat is később megfigyeltek. Gyakrabbi a csecsemők és főleg a 40 év feletti férfiak fertőződése, amely legtöbbször a fertőzött táplálék (tehéntej, nyers máj, vér stb.) fogyasztásával történik, bár gyakran semmi állati termékkel való érintkezés (mint a közölt esetben is) nem mutatható ki. A bacterium tenyésztése nehéz, hosszabb időt (3–15 nap) is vesz igénybe és különleges (Butzler vagy Skirrow) táptalajok nyújtának nagyobb kimutatási lehetőséget. A *Campylobacter coli* et jejuni 5–10%-ban a hasmenések kórokozója és így elég gyakori fertőzési agens a salmonellák, shigellák, *Escherichia coli* és a lamblia mellett. Magas (39–40 °C) láz, hasi kólikák, vizes, zöldes-szürkés, nyákos-véres hasmenés klinikai tüneteivel jelentkeznek. A coloscopia a colitis granulomatosa vagy diffusa, esetleg segmentalis („patchwork”) képét mutatja. A fertőzés súlyosságát a pozitív haemocultura, hyperleucocytosis, septicaemia bizonyítja. Általános fertőzésekben a *campylobacter* a májban és az epében kimutatható. A fertőzési resevoir lehet a fertőzött juh, tehén, sőt valószínűleg az ember is.

A szerzők az eddig csupán egy esetben észlelt *campylobacter-hepatitis* újabb esetét közlik 50 éves nőbetegük kórrajzában ismertetésével; a beteg a felvételéig semmi májbetegségben nem szenvedett. A kórházi felvételekor súlyos hasmenés, hidegrázás, magas láz, izzadás, rossz általános állapot, subicterus található. A fertőzést a haemocultura igazolta. A *campylobacter-hepatitis* a hepatomegalia egyéb okainak kizárhatósága, a biológiai próbák, a jellegzetes bacterialis hepatitis, a májmegnagyobbodás és

kórszövettani leletei, valamint a gentamycin-kezelésre való teljes visszafejlődés bizonyították.

iff. Pastinszky István dr.

Ökológia

A műtött hörgő-tüdő sarcoma bone- és tünettan. Fasske, E. és mtsai (Pathologische Abteilung des Forschungsinstitutes Borstel, Krankenhaus der LVA Hamburg, Crosshansdorf): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1981, 35, 403.

A primer tüdő-sarcoma rendkívül ritka: eddig a rosszindulatú tüdődaganatok 1,6–1,8%-ában, a primer hörgőrákokhoz viszonyítva átlag 1,4%-ban, a szerzők intézetében 1,8%-ban észlelték. Előbb elkülönítették a tüdőben a hörgő-, illetve a parenchyma formát. Mivel azonban a tüdő-sarcoma keletkezési helyét nehéz megállapítani, helyesebb primer hörgő-tüdő sarcomáról beszélni. Biztos kórismézése csakis műtét közben fagyasztott szövettani vizsgálattal biztosítható. A szövettani kép sokrétűsége szerint a primer hörgő-tüdő sarcomák 30%-a a fibrosarcoma, 1/5-e myogen sarcoma, 212 hörgő-tüdő sarcomából 7 angiosarcoma, 394 tüdő-sarcomából 14 neurogén-sarcoma, 394-ből 5 chondro-, a világirodalomban pedig 3 liposarcoma volt. Ezeket a daganatokat rendszerint véletlenül a sorozatos ernyőkép-röntgenszűréssel fedezik fel. A szerzők kórházukban 1971 és 1980 között 20 hörgő-tüdő sarcomás beteget kórisméztek, és pedig 11 nőt és 9 férfit, akik a műtétkor átlag 45,7 évesek voltak. A legfiatalabb beteg 15, a legidősebb 65 éves volt. A daganat szövettani lelete 8 betegben fibrosarcoma, háromban polymorph-sejtes sarcoma, kettőben rosszindulatú hemangiopericytoma, egyben egyben pedig myxo-, neurofibro-angioblast-, lipo-, neurino-, hemangiosarcoma, ill. hamartochondroma volt. Ezek közül egy lassan, egy gyorsan növekvő angioblast-, egy chondro- és egy neurinosarcomás beteg kórleírását és szövettani leletét ismertetik. A hörgő-tüdő sarcoma kórjósolata két tényezőtől: a daganat jó- vagy rosszindulatú voltától és a mellkason belüli elhelyezkedésétől függ. A fibrosarcomás betegek közül jelenleg még 7, a többiek közül csupán három él.

Pongor Ferenc dr.

A tüdőrák kezelése. Spiro, S. G. (Brompton Hospital, Fulham Road, London SW3 6HP, England): Lung, 1982, 160, 141.

A tüdőrák kezelése jelenti ma a legsúlyosabb feladatot a légúti betegségek gyógyításában. A tüdőrák gyakorisága Nyugat-Európában és Észak-Amerikában a férfiakban az első, a nőkben a második helyen

áll. Angliában az új tüdőrákos betegek száma évenként 30 000, az Egyesült Államokban pedig 200 000. Évszázadunk elején a középkorú nőkben a hörgőrák aránylag ritka volt. Az 1960-as években 10 tüdőrákos férfire egy, manapság 3–4 tüdőrákos férfire egy tüdőrákos nő jut. Azt jósolják, hogy 1984-ben több lesz a tüdőrákos, mint a mellrákos beteg.

A tüdőrákos beteg kezelésének a megválasztását a szövettani képben látott sejttípus és a betegség stádiuma határozza meg. Az Egészségügyi Világszervezet 1967-ben a tüdőrákot négy csoportba sorolta. E szerint 50% (epidermoid) laphám, 22% kis, zsaszemsejt anaplastikus rák, 20% adenocarcinoma és 8% kissejtes rák volt. Az adenocarcinoma-sejt felezési ideje 180 nap, a laphámráké 100, a kissejtes ráké pedig csupán 33 nap. A lassan szaporodó sejttípusú rákok rosszul reagálnak a kemoterápiára és a besugárzásra, de ideálisan alkalmasak műtéti kezelésre. Ez főleg a laphámrákra vonatkozik. Ezzel szemben a gyorsan szaporodó robbanásszerű kórlefelvételű szisztémás tünetekkel járó kissejtes rákok drámaian reagálnak a kemoterápiára és a besugárzásra.

Egy citológiai köpetvizsgálattal a tüdőrák 41%-ban, kettővel 50%-ban, hárommal 69%-ban és néggyel 85%-ban kórismézhető. Ezzel a módszerrel a centrális tüdőrák 60%-ban, a perifériás rák pedig 48%-ban mutatható ki. A tévesen pozitív köpetcitológia eredménye 1%-nál is kevesebb. A köpetcitológia pozitív eredménye hörgőkefe vizsgálattal laphámrák esetén 90%-ra, a kissejtes ráké 79%-ra, az adenocarcinomáé pedig 80–98%-ra javítható, bár a köpet és a hörgőkefe citológia eredménye az esetek többségében megegyező. A legkevesebé megbízható a bőrön át tüvel kiszívott biopsia eredménye.

A hörgőrák stádiumát a következő betűkkel, ill. számokkal jelzik: T0 = nincs kimutatható daganat, TX = a hörgő-tüdő váladékában rosszindulatú daganatsejtek vannak, a röntgenlelet azonban negatív, TIS = helyben levő daganat, T1 = a daganat 3 cm, vagy ennél kisebb átmérőjű, amit vagy a tüdő, vagy a zsigeri mellhártya vesz körül anélkül, hogy ráterjedne a közeli vagy a lebenyhörgőre, T2 = a daganat 3 cm, vagy ennél nagyobb átmérőjű, ami vagy ráterjedt a zsigeri mellhártyára, vagy a hilus környékén atelectasiával, vagy obstructív pneumonitisszel társult. Bronchoszkópos vizsgálatkor a daganat a lebenyhörgőben 2 cm távolságban van a carinától. Mellhártyaizlasmány nincs, T3 = a bármilyen nagyságú daganat ráterjedt a környéken levő fali mellhártyára, a mellkasfalra, a rekeszizomra, vagy a gátorra. Bronchoszkópos vizsgálatkor a daganat a főhörgőben látható kevesebb, mint 2 cm-rel a carinától. A daganathoz

atelectasia, obstructív pneumonitis, vagy mellhártyaizsaszórnád társult. NO = a környéki nyirokcsomókban kimutatható áttét nincs. N1 = a hörgő körül, vagy az azon oldali hilus tájékán, vagy mindkettőn direkt úton terjedő áttét van. N2 = a gátor nyirokcsomóiban áttét van. MO = távoli áttét nincs. M1 = a scalenus nyaki, a másik oldali hilus nyirokcsomókban, az agyban, a csontokban, a májban, vagy a másik tüdőben áttét van.

A daganat stádiuma fizikális, röntgen, biokémiai, bronchoszkópos és mediastinoszkópos vizsgálattal állapítható meg. A kissejtes rák stádiumától függetlenül rossz kórjóslatú. A legrosszabb stádiumban levő betegeknek kevesebb, mint 40%-a él 4 évig.

A nem kissejtes tüdőrákos betegek kezelése: A szerzők 100 ilyen beteget minősítettek műtethetőnek. A mellkasfal feltárásakor azonban csupán 20 volt operálható. 5 beteget a negatív mediastinoszkópos lelet ellenére sem lehetett megoperálni. 15 beteg a gátor röntgenvizsgálatával negatívnak látsozott, a mediastinoszkópiás lelet azonban pozitív volt. 60 beteg életkora, rossz tüdőfunkciója, gátóráttétje, vagy távoli áttét miatt nem volt mérhető. A műtét után 20 beteg közül 4 év múlva életben volt 25%, 10 év múlva pedig 17%. Ezek az arányszámok az elmúlt 30 év folyamán nem is változtak. Az I. stádiumbeli műtött tüdőrákos betegek 5 éves túlélése 40–50%, a laphámrákkal operáltaké pedig 55–70% között mozgott. A műtétet követő első hetekben főleg az idősebbek 2–12%-a halt meg. A műtét utáni szövdmények, főleg a gennymell megelőzésében a mellhártyaüregebe fecskendezett BCG-vel végzett immunkezelés csupán az I. stádiumban levő betegekben bizonyult hasznosnak. Az egyéb immunkezelés hatástalan volt. A nem operált tüdőrákos betegek 5 éves túlélését a 6–7 héten át alkalmazott 5000 rad röntgenbesugárzás csupán 4–9%-kal javította meg. A tüneti röntgenbesugárzás azonban az ismétlődő tüdővérzést, a nagy légútelzáródáshoz társult tüdőgyulladást, a vena cava superior elzáródást, a csontfájdalmat és az agyáttétet kedvezően befolyásolta. Több mint 200 közlemény alapján megállapították, hogy az eddig alkalmazott kemoterápiás gyógyszerek nem hosszabbították meg a nem kissejtes tüdőrákos betegek életét.

A kissejtes tüdőrák: Robbanás-szerűen terjed. Ezeknek a betegeknek szisztémás, vagy mellkason kívüli panaszai: fogyás, csontfájdalom, hormonzavar vannak. Ezek a tünetek, a betegek több mint 80%-ában már a betegség első 3 hónapjában jelentkeztek. Az áttétképződés is gyors volt. Kórjóslata rossz, enyhébb esetekben ezeknek a betegeknek a többsége 35, súlyos esetben 20 héten belül meghal. Újab-

ban a betegség kórlefolyása kombinált kemoterápiával lényegesen javítható volt. A methotrexat 39, a cyclophosphamid 35, a vincristin 33, az adriamycin és az epidodophyllotoxin 25–25, a lomustin pedig 18%-ban bizonyult hatásosnak. Ezek a gyógyszerek egyedül nem, hármas-négys kombinációban azonban röntgensugárzással együtt átlag 11 hónappal, az egyéves túlélést pedig 47%-ban hosszabbították meg. A kombinált kemoterápia ugyan némi toxicitással járt, a betegek tünetei azonban mintegy 90%-kal javultak, és pedig a köhögés, a nehézlégzés 65, a tüdővérzés 77, a rossz közérzet és a gyengeség 63, a fájdalomnyhülés 60, a nyelési zavar és a vena cava superior szűkület 80%-ban enyhült. A legsúlyosabb szövdmény a fehérvérsejt-hiány volt. Emiatt a betegek 5–10%-át kórházba kellett szállítani. 1–4%-ban szepszis is keletkezett, ami e betegek halálát okozta. Talán újabb gyógyszerekkel a kombinált kemoterápia még jobb eredménnyel jár majd. A sugaras kezeléssel csupán a kombinált kemoterápia eredménye volt javítható. Az agy előzetes besugárzása csökkentette az agyáttét keletkezését. A kissejtes tüdőrákos betegek túlélése műtéttel nem volt meghosszabbítható. A tüdőrák legjobb gyógyszere a megelőzés: az embereknek a dohányzásról való leszoktatása.

Pongor Ferenc dr.

Gyomorrák. Resecabilitás és túlélés. 408 operált beteg. Moreaux, J., Montupet, P. (Centre médico-chirurgical de la Porte de Choisy, Párizs): Nouvelle Presse Médicale, 1981, 10, 3133.

A szerzők meglehetősen nagyszámú operált gyomorrák kapcsán vonják le keserű tapasztalataikat. A vizsgált időszak magában foglalja a gastrofiberoscop világméretű elterjedését. Ennek a lemérhető eredménye az, hogy a korai stádiumú gyomorrák gyakrabban kerül műtetre, de a túlélési eredmények alig javultak. Eredményeik röviden a következők: 1964-től 1979-ig 408 gyomorrákos beteget operáltak, közülük 262 férfi, 146 nő volt. Az életkori spektrum 38-tól 88 évig terjedt, a legszámosabb korcsoport (38%) 60-tól 70 évesig terjedő volt. A daganatok 31%-a (125 eset) bizonyult irresecabilisnak, főként metastasisok miatt (májmetastasis volt 37 esetben, azaz 9%-ban, hashártyaáttét pedig 77 esetben, ez 19%-a). Az irresecabilis esetekben végzett műtétek a következők voltak: 84 exploratív laparotomia, 29 GEA, 9 gastrotomia és 3 endoprothesis (oesophago-cardialis műanyag tubussal).

A 283 resectióból (69%) palliatív volt 67, curatív pedig 216, ez az összes esetek 53%-a. A postoperatív (kórházi) mortalitás nagymértékben

függ a resecabilitástól: resectio nélküli műtétek 8%, palliatív resectiók 2,1%, curatív resectiók pedig 1,9% halálozással jártak.

Az utánvizsgálatot 1979-ben végezték, így csak az 1973 előtt végzett műtéti eseteket elemezték ezek száma 213 volt. A resectio nélküliek átlagos túlélése 4 hónap, a palliatív resectio után az átlag túlélés 11 hónap volt. Az ötéves túlélési ráta az összes operált esetre vonatkoztatva 28%, az összes resectió esetére vonatkoztatva 39%, a curatív resectió esetekre nézve pedig 51% volt. Az ötéves túlélés nagy különbségeket mutat a metastasisok függvényében: áttét nélküli esetekben 71%, proximalis nyirokcsomó-áttét eseteiben már csak 32%, distalis nyirokcsomó-áttéteknél csupán 5% ez a paraméter.

A szerzők azt a következtetést vonják le, hogy a sebészet és anaesthesiologia újabb kori fejlődése ellenére csak a műtét és műtét utáni mortalitás valamint a szövdmények száma csökkent elvárható mértékben, ezzel szemben a gyomorrák műteti kezelésének prognóza még ma is igen rossz. Tekintettel arra, hogy a műtétet kívül egyéb hatékony kezelési mód nem áll a medicina rendelkezésére, valamint arra a tapasztalatra, hogy a felszínes és áttét nélküli rákok prognóza viszonylag jó: kíváncs, hogy minél nagyobb legyen ennek a stádiumnak az aránya a műtétes esetek között. Így várható javulás abban a ma még szomorú helyzetben, amikor az esetek alig felét lehet reménnyel operálni (53% curatív resectio), és műtét után a betegek fele 5 év alatt meghal.

László Gergely dr.

Változások a gyomorrák szövettani típusaiban Japánban. Kato, Yo. és mtsai (Dept. Path. Cancer Inst., 1–31–1 Kami-Ikebukuro, Toshima-Ku, Tokyo, 170, Japan): Cancer, 1981, 48, 2084.

A statisztika szerint a gyomorrák halálozási aránya a veszélyeztetett korcsoportokban (40 éves életkoron felül) Japánban 1955 óta csökkent. Ez a csökkenés nagyobb, mint amit a rák korai felismerése és kezelése folytán várhatnánk. A gyomorrák előfordulása Japánban csökkenőben van.

Geographiailag a gyomorrák előfordulása párhuzamos a gyomor nyálkahártya intestinalis metaplasziájának előfordulásával és fokával. Hisztogenetikailag a gyomorrák jól differenciált (vagy intestinalis) típusa az intestinalis metaplasziával szoros kapcsolatban alakul ki, míg a rosszul differenciált (vagy diffúz) nem. Ezért érdemesnek látszik tanulmányozni az előfordulás gyakoriságának változásait a gyomorrák típusaiban Japánban, az utolsó 20 év folyamán.

A Cancer Institute Hospitalban, Tokyóban, 1955–1974-ig 4147 1 cm

átmérőnél nagyobb gyomorrákot tanulmányoztak, 2596 volt férfi és 1551 nő. Az összes rákokat jól differenciált vagy rosszul differenciált kategóriákba sorolták. Később kiderült, hogy ez megfelel az intestinalis és diffúz típus szerinti osztályozásnak. Általában nem volt nehézségük abban, hogy az eseteket a két kategória egyikébe besorolják. Amely esetben mindkét szövettani minta megtalálható volt, abban az esetben az uralkodó típust használták a körismézéskor.

A gyomor nyálkahártyát három területre osztották fel: P (pylorus), FI (labilis fundus), és FS (stabil fundus) részre. A P, ahol eredetileg pylorus mirigy van jelen. A FI, amely területen eredetileg fundus mirigy van jelen, ahol atrophias változások és/vagy intestinalis metaplasia szokott előfordulni. Az FS, ahol a fundus mirigy viszonylag jól megtartott, akkor is, mikor a gyomor más felületein feltűnő atrophias változások és/vagy intestinalis metaplasia alakultak ki. Igazolódott, hogy az anaemia pernicioza kivételével az atrophia és az intestinalis metaplasia a pylorus területén kezdődik, és a kiscsörbület elülső és hátsó oldalán terjed tovább a testre. A fundus felső-elülső és felső-hátsó területe ellenáll az ilyen típusú változásoknak.

Az összes eseteket alosztályokba sorolták a daganat elhelyezkedése szerint a gyomorban. A jól differenciált és a rosszul differenciált daganatok arányát (WPR) kiszámították az első évtizedre (1955–1964) és a második évtizedre (1965–1974), az összes esetekre és a különböző osztályokra vonatkozóan. Az eredmények azt mutatják, hogy míg az életkor megoszlásban nincs feltűnő különbség a két évtized között, a 70 éven felüli férfiak között a gyakoriság enyhén fokozódott a későbbi évtizedekben.

Az esetek daganat-lokalizáció szerinti megoszlása terén két eltérés nyilvánvaló mindkét nemből és mindkét évtizedben: az egyik a P terület rákjainak viszonylagos csökkenése, az FI és FS terület rákjainak viszonylagos fokozódása.

A gyomor specifikus területeihez viszonyított életkor megoszlást is elemezték. A FI és FS területekben az esetek száma fokozódott az idősebbek (70 évesnél idősebbek) között, különösen a férfiaknál, másrészt a két évtized számai között nem volt említésre méltó különbség.

A területhez viszonyított WPR mindegyik évtizedben, mind a férfiaknál, mind a nőknél az FI területen alaposan csökkent: 1,40-ról 0,86-ra, illetőleg 0,71-ről 0,36-ra. Ez a különbség statisztikailag szignifikáns ($P < 0,05$). A WPR a nőknél a FS területen is 0,50-ről 0,33-ra csökkent, de ez a különbség nem szignifikáns. A WPR-ek nem változtak a két évtized alatt a P és FS területen a férfiaknál és a P területen a nőknél. A WPR-ben észlelt

különbség nem tulajdonítható a két évtized anyaga életkor megoszlásában mutatkozó eltérésnek. Ezzel ellentétben úgy gondolják, hogy a későbbi évtized viszonylag nagyobb számú idősebb beteget ölel fel és minél idősebb a beteg, annál gyakoribb a jól differenciált típusú rák, így a WPR-nek a tanulmányban észlelt csökkenő tendenciája a valóságban még szignifikánsabb lehet.

Említettük már, hogy az intestinalis metaplasia a pyloruson kezdődik, és a változás leggyorsabban az FI terület mucosájában jelentkezik. Tudjuk, hogy a jól differenciált rák az intestinalis metaplasiaival szoros kapcsolatban fejlődik ki, ezért ésszerű, hogy a WPR legmeglepőbb változását az FI területen észlelték.

Már azt is sugallták, miszerint a gyomorrák csökkenésének aránya nagyobb az intestinalis típusban (jól differenciált típus), mint a diffúz típusban (rosszul differenciált típus).

Japánban az étrendi szokások változása a II. világháború után kezdődött meg, de 1960-ig tartott, míg a népesség többsége áttért a fehérje- és zsírdús étrendre. A szerzők tanulmányának eredményei azt mutatták ki, hogy Japánban az intestinalis metaplasia gyakoriságának csökkenésével kapcsolatban, az intestinalis típusú gyomorrákok gyakorisága csökkent.

Póka László dr.

A végbél argentaffin carcinoid daganata. Yoshida, A. és mtsai (Dept. Path., Ehime Univ. School J. Med., Sijigenobu, Ehime 791-02, Japan): Cancer, 1981, 48, 2103.

A carcinoid daganatok gyakran helyezkednek el a végbélben, de ezeknek nincsen sem argyrophil, sem argentaffin tulajdonságuk. Az argentaffin carcinoid daganatok a végbélben feltűnően ritkán fordulnak elő, és ilyen eseteket csak korlátozott számban közöltek.

Betegük egy 79 éves férfi, aki émelygésről, gyomortáji fájdalomról és a végbél teltségéről panaszkodott. Testsúlya nem csökkent, a hasa érzékeny volt. A végbélben puha masszát tapintottak az anus közelében. A székletben occult vért mutattak ki. A barium beöntéssel telődési kiesést láttak. Az endoszkopos vizsgálat igazolta az előző leleteket. A biopsia alacsony malignitási fokú adenocarcinoma kórismézt. Abdominoperinealis resectiót végeztek, nyirokcsomó áttétet nem találtak.

Makroszkóposan a mucocutan egyesülés felett 4 cm-rel, $1,5 \times 0,9$ cm átmérőjű, sima felszínű, laposan kiemelkedő daganatot láttak. A metszlapján a daganat sárgás-barna színű volt és a nyálkahártyában ült. Mikroszkóposan a daganat a mucosában és a submucosában foglalt helyet, de a muscularis muco-

saet nem infiltrálta. A lumen felé a daganatot vékony sorvadt mucosa borította. A daganaton különböző nagyságú, kötőszövetes stromával elválasztott sejtfészkek alkották, a fészkekben rozettaalakú vagy trabecularis szerkezetet láttak. Sejt-atípiát nem láttak. A nyirokcsomókban áttétet nem találtak. Minden daganatsejt pozitívan reagált az argyrophil festésre, és egyes daganatsejtek argentaffin pozitívnak bizonyultak Masson–Fontana ezüst festéssel. Az ultrastrukturális képen a cytoplasmában számos neurosecretorikus granulum mutatkozott. Két egymástól megkülönböztethető típusú granulumot találtak. Az egyik típusú granulumok kicsik, kerek, azonos nagyságúak voltak, nagyságuk $100\text{--}180\text{ }\mu\text{m}$. A másik típusú granulumok nagyobbak ($150\text{--}350\text{ }\mu\text{m}$), és változó formájúak voltak. Egy daganatsejtben csak egyfajta granulum fordult elő.

Embriionális alapon a carcinoidokat 3 csoportba osztják: elülső-bél, középső-bél és hátsó-bél carcinoidok. Az elülső-bél ezüst festődése többnyire argyrophil, a középső- és hátsó-bél argentaffin vagy nem festődik. Az argentaffin végbél carcinoid feltűnően ritka.

Esetükben klinikailag nem volt endokrin manifesztáció, ezért nem végeztek biokémiai, hormonális vizsgálatokat. A beteg több mint egy évvel a műtét után jó általános állapotban van, daganatmentes.

Póka László dr.

Az anus rákjának kombinált sebészeti és radiológiai kezelése. Gross, E. és mtsai (Abteilung für Allgemeine Chirurgie der Chirurgischen Klinik und Poliklinik und Strahlengklinik des Universitätsklinikum der Gesamthochschule Essen): Chirurg, 1982, 53, 322.

Az ano-rectalis rák $2\text{--}6\%$ -ban a végbélnyíláson fordul elő. Különbséget kell tenni a végbél anushoz közeli szakaszának rákja és az anus rákja között. Különböző helyen találhatók a nyirokcsomóáttétek, s a végbélnyílás rákja majdnem kizárólag laphám eredetű és sugárérzékeny.

Műtéti megoldás a daganat kimetszése, vagy az abdomino-perinealis exstirpatio lehet. A primer tumor és a nyirokutak besugárzása a sagittalis átmérőtől függően photonokkal, vagy gammasugarakkal történhet.

A szerzők 29 anuscarcinomás betegről számolnak be, melyek közül 26 laphámrák, 3 malignus tumor (basalioma, melanoma, adenocarcinoma) volt. 10 betegnél locals exstirpációt és postoperatív besugárzást végeztek. Három meghalt, heten recidivamentesek (3 több, mint öt év óta). 7 esetben abdomino-perinealis rectum exstirpáció történt. Négyen haltak meg. Egy beteg recidiva miatt sugárterápiában részesült, két beteg panaszmentes.

17 beteg kizárólag sugárterápiát kapott. Ebből a csoportból hárman haltak meg (kettő már eleve infaustnak látszott). 2 további beteg sorsa ismeretlen. 1 beteg 8 hónap után recidiv tumor és kiterjedt áttétek miatt palliatív besugárzásban részesült. 2 betegnél később radicalis műtétet végeztek. 5 beteg panaszmentes.

Irodalmi adatok szerint az 5 éves túlélés — beleértve a nem, vagy palliatív kezelteket is —, 40–50%. Localis excisio után kedvezőbbek az eredmények, mint radicalis műtét után, nyilván a korai felismerés következtében. Az inguinalis nyirokcsomók prophylaktikus kiirtását nem végzik, csak áttétek esetében távolítják el azokat. T₁ és T₂ stádiumban a sugárterápia a localis excisióhoz hasonló eredményekhez vezet. Előnye a sphincter megtartása, bár nem jelentéktelen számban észleltek incontinenciát sugárterápia következtében is. Annak ellenére, hogy a sebészek többsége a műtéti megoldást részesíti előnyben, a sugárterápia adjuváns alkalmazásának jelentősége nem lehet vitás. A szerzők szerint az adjuváns cytostatikus terapia az idő rövidsége miatt még nem értékelhető, de mások biztató eredményekről számolnak be.

A szerzők a következő irányelvek szerint járnak el: T₁ stádiumban localis excisiót, ha a beteg nem egyezik bele, sugárterápiát — T₂ stádiumban localis excisiót és időleges anus praeternaturalist, valamint praeeoperatív besugárzást — T₃ stádiumban abdomino-sacralis rectum amputációt végeznek. Nyirokcsomó metastasis esetében postoperatív besugárzást alkalmaznak.

T₄ stádiumban anus praeternaturalist készítenek, a kismedencét besugározzák. Később az operabilitást újból mérlegelik.

Viczián Antal dr.

Táplálkozás fontos szerepe a rák betegségben. Müller, E. és mtsai (Präventionsmedizin d. Univ. Zürich): Schweiz. Rundsch. Med. 1981, 70, 1903.

Az ipari államokban a vastagbél- és mellrák, valamint a hormonálisan kiváltott rákformák gyakoriak. Az állati eredetű élelmiszerekből származó magas zsír- és fehérjefogyasztás, továbbá a kifinomult táplálkozás nyilván fontos szerepet játszik a vastagbélrákban. Az állatkísérletek szerint a zsír rákserkentőnek mutatkozik, amennyiben bizonyos bélbaktériumok növekedésének kedvez, amelyek rákkeltő anyagokat képeznek vagy szabaddá tesznek a zsírt. A zsír hatására fokozottabban képződnek az epesavak, amelyek carcinogen hatásúak. A kísérleti vizsgálatok világosan arra utalnak, hogy a zsírdús táplálék a szervezet elhárító funkcióit gyengíti. Ha a táplálék csak kevés rostanyagot tartalmaz, amint az az ipari országokban szokványos, a bélpassage elhúzódik és a carcinogének hosszabb ideig hatnak a bélnyálkahártyára. A gyomorrák viszont nem a jólét betegsége. Olyan országokban, mint Japán, Chile, Costa Rica, Izland és Finnország, magas kockázatot mutat. Általános az a gyanú, hogy a pácolt, füstölt, konyhasógazdag és savanyú ételek a gyomorrákra hajlamosí-

tanak, mert a fogyasztásuk alatt nitrosaminok képződnek, ezek pedig ismét carcinogen hatásúak. Talán a vitaminhiány is szerepelhet a rákképzés kóroktanában. Egyes tanulmányok a gyomor- és hólyagrakos betegekben, alacsony A-vitaminszintet találtak.

iff. Pastinszky István dr.

Nefrókalcinózis angioimmunoblasztos lymphadenopátiában. Sogaard, P. E., Molin, J. (Institute of Pathology, Vejle Hospital Vejle, Dánia): Acta med. scand. 1982, 211, 319.

A hyperkalcémia előfordulása malignus lymphomákban nem ritkaság, de ritkán jelent letális szövődeményt. A szerzők tudomása szerint angioimmunoblasztos lymphadenopátiában (AIBL) nem is közöltek még súlyos hyperkalcémiát. 58 éves férfi betegük klinikailag és hisztológiai-
lag tipusos AIBL-ban szenvedett. Már kezdetben feltűnt, hogy szérum kalcium értéke igen magas (3,0 mmol/l feletti) és veseelégtelenség tüneteivel is jár. Boncolása alkalmával (mivel kortikosteroid, mitramycin és forszírozott diuretikus kezelésre sem javult az állapota, és urémiában meghalt) súlyos fokú nefrókalcinózist találtak. Érdekesége az esetnek az, hogy a mellékpajzsmirigyek parathyreoidea hormon tartalma normális volt, ezzel ellentétben a nyirokcsomók rendkívül magas parathormon mennyiséget tartalmaztak, így biztos, hogy e hormont az immunoblasztok termelték.

Berkessy Sándor dr.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Posta Központi Hírlap Iroda, Budapest V., József nádor tér. Tel. 180-850



Levél Svédországból.

A közelmúltban adtunk hírt a magyar orvosok nukleáris fegyverkezés elleni tiltakozó üléséről, amely a Tudományos Akadémián manifesztum elfogadásával ért véget. Most azonos gondolkörben fogant levelet kaptunk külföldön élő kollégánktól, dr. Tiroler Zoltántól, a svédországi Tabergből, aki arról számol be, hogy a svéd orvosok szervezetbe tömörülve emelik fel szavukat az atomháború tornyosuló borzalmai ellen. Ha valaki — a második világháború tanulságai nyomán —, az orvosok tisztában vannak az atombomba közvetlen és késői következményeivel. Nyomasztó a félelem, amely már a fenyegető csapásnak és pusztításnak is előtte jár. Aljon itt a levél, jeladás egy másik világból, amelynek szerzőjét érezhetően és változatlanul szülőföldjéhez köti a közös nyelv és a közös aggodalom. Egyetértünk tiszta szándékával. Az orvosnak egyetlen célja lehet Földünk bármelyik sarkában: az élet és az egészség védelme.

T. Szerkesztőség! Mint a svéd orvosok atomháború elleni egyesületének a tagja szeretnék ezzel a nyílt levelemmel magyarországi kollégáimhoz fordulni. Gondolom, hogy magyar kollégáim előtt ismert tény, hogy a világ 33 000 orvosa 26 országból összefogott, hogy felvegye a harcot azok ellen, akik az atomháború elkerülhetetlenségét igyekeznek az emberekbe betáplálni. A svédországi egyesületnek 3000 orvos tagja van, anyagilag, politikailag teljesen független. Semleges helyzeténél fogva mind Kelet mind Nyugat felé egyformán hallatja hangját. A célunk az, hogy mint egy nagy tekintélyű elismert foglalkozási csoport támaszt nyújtson az atomháború ellen dolgozó béke-mozgalomnak és az embereknek aktív állásfoglalását az atomháború ellen erősítsék. Ebben a munkánkban a legfontosabb eszköz szaktudásunk. Gondolok itt azokra a sérülésekre és betegségekre, amelyekkel egy atomháború esetén számolnunk kell, valamint hogy milyen lehetőségeink vannak, ill. nincsenek, hogy orvosilag beavatkozhassunk. Tudósítani igyekszünk, hogy ilyen szinte elképzelhetetlen méretű katasztrófa esetén megszűntek a feltételek a segítő beavatkozásra, amik tkp. már eleve is hiányoztak.

Most pedig, a fentiek előrebocsátása után azt szeretném magyarországi kollégáimmal megérteni, hogy mennyire fontos lenne az ő, mint egységes foglalkozási csoport, hasonló tevékenységéről nálunk és egyáltalán Nyugaton, többet tudni. Arról van tudomásom, hogy a múlt évi cambridgei nemzetközi, atombomba elleni orvosi találkozóon két magyar orvos vett részt. Jó lenne többet tudni az otthoni szervezkedésről stb. A gyanúsítás vádja Nyugaton, de Svédországban is ugyanaz az orvosok megmozdulása ellen is: gyengíteni Nyugat védelmét Kelet ellen. Vajon, ha ki tudnánk építeni egy szorosabb kap-

csolatot a határokon keresztül e cél érdekében pl. Magyarország és Svédország között, tudnánk-e csökkenti a destruktív elemek nagy hangját?

Esünk a betegek és szenvedők gyógyítására kötelez bennünket, de az atomháború okozta embertelen sérülések, betegségek ellen tehetetlenek vagyunk. Marad a megelőzés: ez is orvosi munka: megelőzni az atomháború öröklőségének az epidémiáját. De sietnünk kell nagyon, mert holnap talán már késő lesz.

Tiroler Zoltán dr.

315 vastagbél- és végbélműtét eredményei és néhány tanulsága.

T. Szerkesztőség! Gergely dr. és munkatársainak az Orv. Hetil. 1982, 123, 45. számában megjelent fenti című dolgozatukhoz, kiváló elméleti és gyakorlati összefoglalást nyújtó munkájukhoz csak gratulálni lehet. Néhány évvel ezelőtt még magam is tagja lehettem ennek a kiváló munkacsoportnak, és abban a szerencsés helyzetben voltam, hogy magammal vihettem új munkahelyemre, Bajára Bugyi professzor sebészorvosi szemléletét, amelyet nagyszerűen lehetett ötvözni Gergely tanár újabb modern klinikai gyakorlatával.

Azt hiszem többek között ennek köszönhetem azt, hogy hasonlóan kedvező eredményekről számolhatunk be osztályunk anyagából a vastagbél és végbél operációinkról. A szóban forgó dolgozathoz apró adalékként szeretném csupán azt megjegyezni, hogy a szentesi sebészeten már 1975, ill. 1977 előtt is voltak eredményes útkeresések a vastagbélsebészeti területén.

Utalok itt az Orv. Hetil. hasábjain megjelent „Tapasztalataink a Sonnenburg—Maylard anastomosissal” című közleményünkre, ill. az ezt megelőző előadásra (3, 4), amelyhez értékes kiegészítést adtak

Kun professzor és munkatársai a hozzászólásukban (2).

Gergely dr. utal az invaginációs anastomosis módszereire Kun és munkatársainak kedvező tapasztalata alapján, amelyhez mind a szentesi, mind a bajai munkánk eredményeként ugyancsak jó tapasztalatokkal tudok csatlakozni az ileotransversostomiák vonatkozásában. Úgy vélem, hogy ez a módszer jobban megközelíti az élettani állapotot és a funkciót (ileo-coecalis sphincter, — Bauhin mechanizmus, az „ileum-pylorusa”, 1, 2, 3, 4) jobb oldali hemicolectomiák esetében, mint bármelyik más ileotransversostomia. Az is igaz — és érthető —, hogy a colon jobb felének kiirtása után általában kevesebbet beszélünk az ileotransversostomiákról, mint a b. oldali colonektomiákról, mint az anastomosisokról, mert a jól ismert okok miatt az utóbbiaknak jóval nagyobb a rizikója, mint az előbbieknél. Természetesen minden olyan sebész eljárás jónak mondható, melyet jól begyakorolt munkacsoport végez mindennapos tevékenységében, és a hosszú évek próbáit kiállta. Gergely dr. és munkatársainak tanulmányában, ha jól értelmeztem, nem az anastomosisok elemzése volt a fő célkitűzés, és nem történelmi, valamint irodalmi áttekintést akartak adni az osztály múltjából, és azt is tudom, hogy 1975 óta ezt a módszert nem használják.

Ennek ellenére talán említésre méltó adalékkal szolgálhattam hozzászólásommal a szentesi sebészeti vastagbél műtétjeinek útkereső közelmúltjából, ami a mai gyakorlat kritikus szemszögéből is kiállta az idő próbáját.

Az elmúlt évek alatt módszereinket finomítottuk, az anastomosis ún. „gyenge” pontjának kiküszöbölésére is megtaláltuk a megfelelő megoldást, egyszerű varratot alkalmazunk, hogy csak a legfontosabbakat említsem. Hozzászólásomat csupán annak jegyében tettem, hogy a szerzők tanulmánya Szentesről jelent meg, és ebben utalás történt az invaginációs módszerekre is, melyeknek egyik formájára a vastagbél sebészeti területéről már Szentesen is volt példa kedvező tapasztalattal.

Mencser András dr.

IRODALOM: 1. Drobni S.: Bélsebészeti Akadémia Budapest, 1982. 119. old. — 2. Kun M., Bánfi F. és Ritter L.: Orv. Hetil. 1975, 116, 1617. — 3. Mencser A.: Tapasztalataink a Maylard—Sonnenburg anastomosissal (előadás Nyugat-dunántúli Sebész Társaság Kongresszusa, Nagykanizsa, 1973. szept. 6—8. — 4. Mencser A. és Tóth Cs.: Orv. Hetil. 1975, 116, 197.



KÖNYVISMERTETÉS

Wehner W., E. Sander (szerk.): Unfallchirurgie. — Volk und Gesundheit, Berlin, 1981. 309 oldal, 105 ábra, 18 táblázat. 22,60 M.

A tankönyvet orvostanhallgatók számára 16 egyetemi tanár és docens írta; a sebészet különböző ágainak a traumatológián kívül is művelői.

A munka 14 fejezetből áll, az eddigi hagyománynak megfelelően decimális rendszerben. Az első fejezet a baleset okairól, epidemiológiájával és szociális jelentőségével, a sérült vizsgálatával és annak dokumentációjával foglalkozik. A jó rajzos ábrák többezer között a funkcionális vizsgálatok nemzetközileg elfogadott metodikáját is felölelik.

A 2. fejezet a trauma közvetlen következményeit, a lágyrész-sérüléseket — a sebellátás korszerű elveinek ismertetésével — a fájdalom és vérzés megítélését tárgyalja. A 3. fejezet a közvetett következményeket ismerteti: a vitális funkciók zavarát, a sérülések shockot, a zsír-, lég- és tüdőembóliát, megelőzésük és kezelésük kérdéseit, a későbbi belsúlyi szövődéseket, valamint a Sudeck dystrophiát.

A nagyobb 4. fejezet az általános töréstan ismereteit tartalmazza, a kezelési elveket a konzervatív kezeléstől az osteosynthesisig és a külső rögzítőtől, végül a törésgyógyulás zavaraira tér ki. Rövid 5. fejezet tárgyalja a ficamok keletkezését, kórismézésük és kezelésük elveit.

A 6. fejezet a koponya-agysérülések felosztását, kórismézését és kezelését foglalja össze, röviden kitérve az arckoponyasérülésekre is. A 7. fejezet a gerinc sérüléseivel foglalkozik, megemlítve a műtéli kezelést is. Külön tárgyalja a gerincvelő károsodásával szövődött sérüléseket.

A nagyobb 8. fejezet a törzs sérüléseit foglalja össze. A nyak sérüléseinél tér ki a nyaki szervek sérülése mellett az érsérülések elátására is. A mellkas és mellkasi szervek jó összefoglalása után részletesen foglalkozik az egyes hasi szervek, a húgy- és nemi szervek sérüléseivel — kitérve az iatrogen sérülésekre is. Ebben a fejezetben tárgyalja a medence csontsérüléseit, de nem itt foglalkozik a csípővápa töréseivel.

A 9. fejezet a felső végtag sérüléseit. Az egyes sérüléstípusok általában súlyuknak megfelelően szerepelnek. A decimális rendszerből következik, hogy az alkar szártörések az ulna, a radius és mindkét alkar töréseként külön-külön szerepelnek, ami orvostanhallgatók számára — a meglevő különbségek ellenére — nem látszik didaktikusnak. A kéz

sérüléseinél is az egyes szövetek (bőr, ín, ideg, csont) sérülésének ismertetése mellett hiányzik a kéz-sérülések egységes megítélése, kórismézés (pl. *Moberg* diagnosztikai ábrája).

A 10. fejezet az alsó végtag sérüléseit tárgyalja. Talán csak a csípőficam fejezetben nem tükröződik a korszerű traumatologia: a ma már elég ritka tiszta ficam mellett csak éppen említést nyer a közlekedési balesetek során mind gyakoribb ficamos törés, a vápa változatos töréstípusát mindössze egy gyenge ábra (66/d) mutatja. A térsérülések tárgyalása súlyuknak megfelelő, korszerű. Már a lábszártörések töréstípus szerinti beosztása, a bokatorések felosztásában *Weberé* mellett *Lauge-Hansené*, a sarokcsonttörések *Böhler-i* beosztása meghaladja az orvostanhallgatók szükséges ismeretkörét.

A 11. fejezet a nem mechanikus eredetű (elektromos, hő, vegyi stb.) sérüléseket foglalja össze. Fontos fejezet a 12.: a polytrauma diagnosztikai és kezelési elveit ismerteti. A 13. fejezet jelentőségének megfelelően tárgyalja a sebfertőzést, valamint kiemelten a post-traumás csontgyulladás keletkezését, kórismézését, kezelését.

Érdekes a 14. fejezet — amely azonban talán inkább a sebészeti tankönyvbe tartozik — a műtéli beavatkozás és trauma metabolikus hatásával foglalkozik.

50 hivatkozást tartalmazó irodalom ad lehetőséget az érdeklődő hallgatóknak a tárgyban való elmélyedésre, majd 9 oldalas tárgymutató zárja a könyvet. *Böhler-t* követve minden fejezet végén ellenőrző kérdések segítik a tárgy jobb elsajátítását.

A könyv úttörő jelentőségű, olyan tankönyv, amely a traumatológiát, a medicinának jelentőségében mindinkább növekvő ágát sokoldalúan, egységesen tárja a hallgató elé. (Talán a korszerű traumatologia kialakulása és a sérültek rehabilitációja érdemelt volna még egy-egy kisebb fejezetet.) Szemléletes, korszerű, az ismereteket a legújabb eredményekig közli. A decimális felépítés vitatható: az ismeretek rendszerezett közlésének előnye mellett hátránya is van, amint erre utaltam. A könyv stílusa világos, egységes, ami a sok szerző mellett a szerkesztők érdeme. A közölt ismeretanyag helyenként csökkenthető, helyette az adott testtájék (pl. has, kéz) sérüléseinek átfogó diagnosztikája talán hasznosabb volna. A rajzos ábraanyag jó, a röntgenképek tankönyvi szinten elfogadhatók. Néhány kisebb hiba

a következő kiadásból nyilván ki fog maradni.

A baleseti sebészet anyagát, lényegi problémáit korszerűen összefoglaló munka nemcsak a német orvostanhallgatóknak nyújt nagy segítséget e sok vonatkozásban kiemelkedő fontosságú tárgy megismeréséhez, de mindazon baleseti sebészeknek és egyetemi oktatóknak is, akiknek feladata e tárgy megismertetése orvostanhallgatókkal és orvosokkal.

Kazár György dr.

Hakim Mohammed Said: Medicine in China. 1981. (sec., revised and enlarged edition), Hamdard Academy, Hamdard Foundation Pakistan, Karachi, 828 old.

A kötet először 1965-ben jelent meg. Szerzője a pakisztáni népi orvoslással foglalkozó társaság vezetője, aki 1963-ban a kínai orvosszövetség meghívására hosszabb tanulmányutat tett Kínában, a kínai orvostudomány és egészségügy, különösen pedig a kínai népi gyógyászat megismerésére. A tanulmányút tapasztalatait dolgozta fel könyvvé. Az új, bővített és javított kiadást az 1965 óta beállt változások tették szükségessé. Az új változások elsősorban az orvosi-egészségügyi technikát, ill. az orvostudományi alap kutatásokat terén voltak jelentősek, ezekre az új kiadás most bőven kitér.

A kötetet a kiadó tudományos egyesület, a Hamdard Academy juttatta el recenziorra az Orvosi Hetilap szerkesztőségébe.

A könyv szerkezete kissé egyenetlen, nehezen áttekinthető. Keverednek benne a tanulmányi leírások részletei, a kínai orvoslás történetének bő ábrázolása, újabb kutatások, tudományos közlemények részletes bemutatása, az akupunktúra és a moxibustio tárgyalása, továbbá a kínai egészségügyi és kutató intézmények felsorolásai. A szövegben sok a fénykép, a kép és az ábra. Minden régi nagy kínai orvosról közli a könyv a korabeli arcképet.

A szerző láthatóan nagyon elfoglalt a kínai orvoslás iránt. Mint az előszóból kitűnik, a szerző által vezetett társaság általában eliteli a nyugati orvoslást, és szeretné visszaállítani régi rangjába a népi gyógyászatot, amit a gyarmatosítás nyomott el. A kínai orvoslás a szerző szerint a keleti népi gyógyászat legértékesebb forrása. E beállítottság jegyében azután minden kínai jelenséget kritikátlanul dicsér a könyv. Természetesen az akupunktúra a fő téma, erről legalább 100 oldal szól a könyvben az akupunktúrás tűk, pontok, eljárások és indikációk részletes ismertetésére kerülnek (az indikációk aránylag rövidebb tárgyalást kapnak), és a kutatások ismertetésében is azok a vizsgálatokra esik a hangsúly, melyek az akupunktúra hatásmé-

chanizmusait lennének hivatottak felderíteni. Egy kutatás szerint az akupunktúra fájdalomcsillapítás hatása a thalamuson át, és különösen a nucleus parafascicularison át érvényesül.

A könyv leginkább a népi gyógyászáttal, a kínai orvostörténettel vagy pedig a speciális kínai gyógymódokkal foglalkozók számára lehet érdekes. Szép kiállítású munka, de terjedelméhez képest valószínűleg az érdeklődőknek is kevesebbet nyújt, mint más hasonló kötetek.

Buda Béla dr.

Böger, J., Kanowski, S.: Gerontologie und Geriatrie für Krankenpflegeberufe. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 1982. 36 táblázat, 41 ábra, 382 oldal. Ára: 26,80 DM.

A két berlini szerző, a belgyógyász Böger főorvos és a pszichiáter Kanowski professzor gyakorlati kézikönyve második, változatlan kiadásban jelent meg. Az idős betegeket gondozók számára három fő részben, didaktikusan foglalják össze mondanivalójukat.

A könyv első része az *öregedés*-sel, az idős korról kapcsolatos ismeretekkel foglalkozik. Az idős nemzedék demográfiai adatait (az idősök száma, aránya, a születéskor várható átlagos élettartam stb.) öltetes grafikonok szemléltetik. Korszerű összegezést kapunk az öregedés elméleteiről. A szociális gerontológiai alfejezetek állást foglalnak az idősök aktivitásának fenntartására, a foglalkoztatás, a szociális gondozás mellett; kiemelik a család segítő szerepét.

A második rész *geriátriai* kérdéseket tárgyal. Az úgynevezett biomorfológiai elemeket ismerteti, majd az egyes szervrendszereket érinti. Néhány általános kérdés (a szerv-

rendszer életkorral járó változásai, működésbeli eltérései) után a fontosabb kórképekről írnak a szerzők. Közérthetően — a gondozók számára is világosan — utalnak a lényegesebb diagnosztikai eljárásokra, majd a kezelésre és az idős beteg gondozásának teendőire. Egyszerű, bevált útmutatásokat adnak. Először az infekciókról esik szó; helyesen térnek ki a tuberculosusra, amely gyakoribb idős korban, mint azt vélik. A keringési szervek fejezetében, sajnos, hiányzik a vénás rendszer tárgyalása, holott például a vénathrombózisok, a postthrombotikus syndroma nem ritka idős korban. Az emésztőrendszerrel foglalkozó alfejezetből kiemeljük, hogy kellő teret szentelnek a hiatus herniának, ez is gyakoribb idős korban, mint gondolják.

Nem érthető, miért szerepel közös fejezetben a „pancreas és endocrin rendszer”; tárgyalják a hasnyálmirigy külső elválasztásához tartozó kórképeket, majd a „pajzsmirigybetegek” alfejezetben tárgyalnak döbbenünk meg: „hypothyreosis”, „hyperthyreosis”, „pajzsmirigyrák”, majd változatlanul a „cukorbetegség idős korban” (!?). Ugyancsak a „pancreas és endocrin rendszer” fejezetben kapott helyet „az idősödő nő problémái” című rész (!), amely kitér a menopausával összefüggésben az osteoporosisra. Ezután, ugyanezen részen belül (!) tér ki a comnyaktőrésre. Fel tűnő, hogy ezek a részekben tartalmi, részben szerkezeti hibák nem derültek ki az első kiadást követően.

A mozgásszervrendszernek az idős kori morbiditásban betöltött szerepével ellentétben kevés oldal jutott. Az uropoetikus rendszert ismertető fejezet a könyv talán legjobban sikerült része, különösen jól szemléltetett, gondos munka. He-lyes arányokkal foglalkoznak a szerzők a bőrgyógyászati, az onko-

lógiai, a fül-orr-gégészeti, a szemészeti és az elektrolit-vízháztartás vonatkozásokkal. Csak helyeselhetjük, hogy hangsúlyozzák az idősök vízhiányának veszélyeit, a folyadékbevitel alapvető fontosságát a homeostasis fenntartásában; a halászavarok kellő korrekciójának döntő voltát az izolatio elleni küzdelem szempontjából is. Külön fejezet témája a physiotherapia, kitérve a fekvőbeteg aktív és passzív mozgásának, légzőtornájának jelentőségére. Fejezetet kapott a somatikus gondozás, az idősök napi ellátása, a lakókörnyezet kialakítása. Ugyancsak jól megírt rész „a haldokló körüli szolgálat”.

A kötet második részének második felét a *neurológia* képezi. A központi és a perifériás idegrendszer főbb betegségeiről olvashatunk, részben nosológiai, részben symptomatikai tárgyalásmenetben. A koponya-, illetve agysérülések is szerepelnek az alfejezetekben.

A könyv harmadik része: az idős kor *pszichiátrija*. A pszichés jelenségek fogalmi körülírása, majd a klasszikus pszichiátriai kórképek vázlatos ismertetése következik; végül a pszicho- és szocioterápiák bemutatása.

A könyv végén néhány jelentősebb irodalmi adatot találunk, majd részletes tárgymutatót. A kiadó munkája ezúttal is mintaszerű. Az idősökkel foglalkozó szakdolgozók jó áttekintést kapnak a gerontológia mindhárom ágának — alap kutatások, geriatria, szociális gerontológia — területéről. A magyar gerontológus pedig örömmel jegyezheti meg, hogy az idősök szakgondozását tanulók, illetve végzők Lengyel és Villányi színvonalas tankönyveivel büszkélkedhetnek.

Vértés László dr.

„Erkölcsei kultúra nélkül nem menthető meg az emberiség.”

A. Einstein



A Szegedi Orvostudományi Egyetem Szakbizottsága 1983. május 10-én, 16 órakor, az Akadémiai Bizottság Székház dísztermében (Somogyi u. 7.) — a Központi Kutató Laboratórium 25. éves fennállása alkalmából *jubileumi ülést* rendez.

1. **Prof. Kása Péter:** 25. éves a Központi Kutató Laboratórium.

2. **Szerdahelyi Péter dr.:** Nyomelemek hisztokémiai lokalizációja a központi idegrendszerben és szerepük a neuronális transzmisszióban.

3. **Budai Dénes:** In vitro kolinuptake és acetilkolin release a központi idegrendszerben.

4. **Gulya Károly dr.:** Az acetilkolin receptorok funkcionális modifikációja kolinészteráz inhibitorokkal.

5. **Rakonczay Zoltán dr.:** Az acetilkolinészteráz molekuláris formáinak változása experimentális allergiás neuritisben.

6. **Ványai Éva dr.:** Gliasejtek szerepe a transzmitter szintézisben.

A Fővárosi Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelő Plasztikai Sebészeti Osztály 1983. május 13-án, a Kórház tanácstermében (VII., Péterfy S. u. 14/16. IV. em.) *jubileumi tudományos ülést* rendez.

8.30 óra

Ünnepélyes megnyitó

Kartik I dr.: Beszámoló plasztikai sebészeti osztályunk 30 éves működéséről.

Szünet

Üléselnök: *prof. Berentey György.*

1. **Gulyás G.:** A lágyrészpótlás újabb módszerei.

2. **Bánhidó F., Kásler M., Polus K., Zemplén B., Rózsa L., Veszprém Z., Boer A. (Budapest):** Száfenéki primer carcinoma monoblock műtete utáni defectus rekonstrukciója musculus pectoralis major bőr-izomlebbennel.

3. **Borbély L., Kovács Á. (Szeged):** Myocutan lebenyek alkalmazása a fej-nyak tájék rehabilitációs sebészetében.

4. **Ditrói S., Tóth L. (Miskolc):** Maxillo-facialis traumatológiai részlegünk helyreállító tevékenységének alakulása 15 év tapasztalatainak tükrében.

5. **Kovalkovics I. (Eger):** Megfigyeléseink a scalp sérülések plasztikai sebészeti ellátásában.

6. **Takács L.:** Fejlődés a sérülés utáni helyreállító műtétek területén.

7. **Renner A., Sántha A., Zimmermann I., Frenyó S. (Budapest):** Mai lehetőségek a kézsebészeti helyreállító műtétek területén.

8. **Simonka J. A., Endrődi J., Kiss Gy., Varga E. (Szeged):** Sérült hüvelykujj helyreállításának néhány esete.

9. **Kiss Gy., Endrődi J., Simonka J. A., Varga E. (Szeged):** „Mini” fixateur externe alkalmazásának néhány esete.

10. **Tácsik I., Turi A. (Budapest):** Plasztikai megoldások bőrhiánnyal járó végtag sérülések primer ellátásában.

11. **Sükkösd L., Farkas L. (Budapest):** Külső rögzítő keret előnye a keresztlebeny plasztikáknál.

12. **Sarlós P., Gulyás G., Klauber E., Rajnai É. (Budapest):** Szemléletváltozás és új lehetőségek a plasztikai sebészeti érzéstelenítés területén.

Szünet

Üléselnök: *prof. E. Szabó László.*

13. **Begyes B.:** A bőrtumороk plasztikai sebészeti műtétei.

14. **Ménesi L. (Budapest):** Módszerek és eredmények a bőrtumороk plasztikai sebészeti kezelésében.

15. **Donáth A. (Budapest):** Sugárterápia után kiújult bőrdaganatok sebészeti kezelése.

16. **Czeti I. (Budapest):** Keloidok eltávolítására alkalmazott műtéti eljárások.

17. **Kovács Á., Borbély L. (Szeged):** Az orofacialis tájék bőrrákjainak sebészeti kezelése.

18. **Zemplén B., Bánhidó F., Pólus K., Kásler M., Rózsa L., Veszprém Z., Boer A. (Budapest):** A maxillára és orbitára terjedő basalioma radikális műtete utáni rekonstrukciókról, homloklebeny felhasználásával.

19. **Vaszkun L. (Miskolc):** A fülkagylón keletkezett basaliomák gyógyítása nyeléslebeny felhasználásával.

20. **Halmi J., Podányi B. (Budapest):** A bőrtumороk sebészeti ellátása, gondozása a VIII. kerületi Szakrendelőben.

21. **Mihályfi L.:** Lehetőségeink a fejlődési rendellenességek kezelésében.

22. **Altörjay I., Bozóki B. (Szeged):** Praevomerin varratra vonatkozó vizsgálataink.

23. **Boér I. (Budapest):** Orvoskozmetológiai eredmények az esztétika és a bőrtumor kezelése terén.

24. **Máté F.:** Az esztétikai sebészet helye a plasztikai sebészetben.

Szünet

15.00 óra

Kerekasztal-megbeszélés

Az emlőpótlás lehetőségei praemalignus és malignus elváltozások műtétei után.

Vezeti: *prof. Zoltán János.*

Résztvevők: *prof. Szécsény Andor, Kett Károly dr., Környei Edit dr., prof. Besznyák István, Tóth József dr., Rakonczai Gyula dr., Kartik Ilona dr., Máté Ferenc dr., Takács Mihály dr.*

A Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet Gyáli úti Szakorvosi Rendelője 1983. május 20-án (péntek) 10 órakor, a Föv. Merényi Gusztáv Kórház kultúrtermében (IX., Gyáli u. 17—19.) — 10 éves fennállása alkalmából — *ünnepi tudományos ülést* tart.

Tárkányi Erzsébet dr.: Ünnepi megnyitó.

Soós Aladár dr.: Az orvos-beteg kapcsolata az alapellátásban.

Papp Irén dr.: A mozgássérültek orvosi, társadalmi, munkaköri, pedagógiai rehabilitálásának gondoljai, ill. gátjai.

Vörös Marianna dr., Hézer Klára dr.: Juvenilis hypertóniások szűrése és gondozása a körzeti gyakorlatban.

Sebő Judit dr., Bártfai Judit dr., Dávidovits Zoltán dr., Khoór Sándor dr., Kárpáti Pál dr.: Non-invaszív vizsgálatok jelentősége a cardiológiai betegek gondozásában.

Farkas Zita dr., Uzonyi György dr.: Szemészeti gondozási munka a szakrendelőben.

Balázs Györgyi dr., Pácz Zoltán dr.: Laryngitis chronica és praecancerosus gégeelváltozások a gégeszeti szakrendelő és az osztály utolsó 3 évi beteganyagából.

Balogh Istvánné, Marton Zsigmondné: A laboratórium szakdolgozóinak szervezése az integrált laboratóriumi egységben 10 év tapasztalata alapján.

Székelyhidi Mária dr., Hám Katalin dr., Molnár Olga dr., Tárkányi Erzsébet dr.: A fogászati szakrendelés munkájának 10 éves tapasztalata, a progresszív ellátás lehetősége és a fogászat feladata az integrációban.

Tóth Béla dr., Fazekas Ferenc dr.: A hüvelyfertőzések gyakoriságának összefüggése a különböző hatóanyagú fogamzásgátló gyógyszerek alkalmazása során.

A Magyar Fogorvosok Egyesülete Közép-magyarországi Területi Szervezete 1983. május 13-án, de. 8.30 órakor, a Szájsebészeti Klinikán (VIII., Mária u. 52.) *tudományos ülést* tart.

A Semmelweis OTE Konzerváló Fogászati Klinika orvosainak előadása

1. **Pados R., Pataky L., Nitsche H., Rajki J.:** Az ortopantomográf és az intraorális röntgenek vetületeinek összehasonlító vizsgálata.

2. **Molnár F.:** A caries-indexek tulajdonságai.

3. **Fazekas Á., Pósch E., prof. Zelles T.:** Adatok a nyálmirigykeringés szabályozásához.

A Szegedi Orvostudományi Egyetem 1983. május 16-án (hétfőn) 16 órakor, az Akadémiai Bizottság Székház dísztermében (Somogyi u. 7.) *tudományos ülést* rendez.

Bohumil Husin dr. (Prága): A nagyértranszpozíció gyermekkori teljes korrekciójával szerzett tapasztalatok.

Mély hypothermia és keringésmegállás alkalmazása a veleszületett szívbetegségek csecsemőkori radikális kezelésében.

(Mindkét előadás angol nyelven hangzik el.)

A Fővárosi Jahn Ferenc Kórház-Rendelőintézet Tudományos Bizottsága 1983. május 17-én (kedden) 14 órakor, a Kórház kultúrtermében (XX., Köves u. 2-4.) **tudományos ülést** rendez.

1. **Siegler János dr., Szepesházy Károly dr., Drexler Miklós dr.:** Chronicus aggressiv hepatitis gyermekkori esete.

2. **Drexler Miklós dr.:** Diabetezes gyermekek gondozásának lehetőségei területünkön.

3. **Rózsavölgyi Ágnes dr., Kun Erzsébet dr.:** Koraszülöttek meningitisének sajátosságai eseteink kapcsán.

4. **Halász Gabriella dr., Baán Magdolna dr.:** Gyermeknephrológiai szakrendelésünk tapasztalatai.

5. **Horváth Katalin dr., Fröhlich Anna dr.:** A congenitalis toxoplasmosis pathophysiológiája esetbemutató kapcsán.

6. **Szabó Ildikó dr., Rende Mária dr.:** Éranómia okozta trachea stenosis, mint ismétlődő légúti betegségek oka.

7. **Simon Gabriella dr.:** KISZ-lakótelepen 10 éven át végzett gyermekkorzi munka tapasztalatai.

Az Országos Közegészségügyi Intézet 1983. május 17-én, délután 14 órakor, az Intézet előadótermében (IX., Nagyvárad tér 2.) **tudományos ülést** tart.

1. **Konkoly-Thege Marianne, Szene Agnes:** Összefüggés a Pseudomonas aeruginosa szerocsoportjai és carbenicillin érzékenysége között.

2. **Szentmihályi Anna, Lányi Béla:** A fluoreszkáló pseudomonasok proteináz, lipáz, lecitináz, hemolizin profiljai mint differenciáló tulajdonságok.

A Főv. Róbert Károly körüti Kórház-Rendelőintézet Tudományos Bizottsága 1983. május 18-án (szerda) 13.30 órakor, a kórház előadótermében (XIII., Róbert Károly krt. 82-84.) **tudományos ülést** rendez.

1. **Lust Iván dr., Dévai István dr.:** Az ovariumcarcinoma diagnosztikája és terápiája.

Felkért hozzászóló: **Tóttósy Béla dr.**

2. **Winter Zsuzsanna dr., Koffler Sándor dr.:** Kényszerbetegség és életút.

3. **Koffler Sándor dr., Kővári Edit dr., Káldiné Nemes Anna:** Munka- és csoportterápiás tapasztalatok „nagy pszichiatriai” beteganyagán.

A Debreceni Akadémiai Bizottság Endocrinológiai Munkacsoportja 1983. május 27-én 14 órakor, az Akadémiai Bizottság Székházában (Bolyai u. 27-31.) „Ujabb ismereteink a diabetezes macroangiopathia pathogenesiséről és terápiás lehetőségeiről” címmel **kerekasztal-konferenciát** rendez.

Lampé László dr.: Megnyitó.

Orosz László dr.: Moderátor.

Dénes Róbert dr. (Budapest): A diabetezes arteriosclerosis sejtbiológiája.

Romics László dr. (Budapest): Hyperlipidaemia és atherogenesis cukorbetegségben.

Orosz László dr. (Debrecen): Az érrelmeszesedés rizikófaktorainak szerepe a diabetezes macroangiopathia kialakulásában.

Tamás Gyula dr. (Budapest): Hyperglycaemia és obesitas, mint a diabetezes macroangiopathia rizikófaktorai.

Pogácsa Gábor dr. (Budapest): A prostanooidok jelentősége a diabetezes macroangiopathia létrejöttében.

Vita — Szünet

Madácsy László dr. (Miskolc): A diabetezes macroangiopathia gyermekgyógyászati vonatkozásai.

Szegedi János dr. (Nyíregyháza): A diabetezes macroangiopathiáról a belgyógyász szemével.

Csornai Márta dr. (Debrecen): A diabetezes macroangiopathia és az agy vérkeringési zavarai.

Vita — Zárszó

A referátumok időtartama 10 perc.

A Fővárosi Egészségnevelési Intézet, az Országos Dietetikai Intézet, a Fővárosi Tétényi úti Kórház Tudományos Bizottsága 1983. szeptember 14-én, a Kórházban (XI., Tétényi u. 11-13.) „Új lehetőségek a kórház ételmezésében — a keringési és szívbetegségek vonatkozásában” címmel **tudományos ülést** rendez.

Témák:

Plenáris előadások:

A kórházi betegélelmezés helyzete, aktuális problémái.

A keringési és szívbetegségekben szenvedő betegek új típusú ételmezése a Tétényi úti Kórházban.

Bejelentett előadások, hozzászólások.

Dietás ételbemutató és kóstoló.

A tudományos ülésre valamennyi fővárosi fekvőbeteg intézmény belgyógyász szakorvosait, dietetikust

orvosait, diétás nővéreit, egészségnevelőit valamint a kórházi ételmezéssel foglalkozó gazdasági szakemberek jelentkezését várjuk.

Előadások bejelentése — rövid kivonat csatolásával — 1983. június 10. Cím: Fővárosi Egészségnevelési Intézet, Budapest, Váci u. 174/b. 1393.

Meghívót és részletes programot a jelentkezési határidő után küldünk.

Helyreigazítás.

Az Orv. Hetil. 1983. 124. évf. 14. száma 811. oldalán megjelent **Hervey Sarolta dr. és mtsai** „A retrolentális fibroplasia megelőzése vízóldékony E-vitamin adásával” című közleményük **Módszerek és betegek** fejezetének 2. bekezdése 5. sorában **2 heti kezelés** helyett tévesen **8 heti kezelés** íródott.

A Magyar Gastroenterológiai Társaság 1983. május 17-20. között Keszthelyen, a Goldmark Károly Művelődési Házban rendezi **25. jubileumi nagygyűlést**.

Május 17., kedd, 10.40 óra

Téma: Sebészeti beavatkozások és endoszkópos eljárások indikációi gastroenterológiai megbetegedésekben kerekasztal-konferencia.

Moderátor: Magyar Imre.

Résztvevők: Besznyák I. (Budapest), Ihász M. (Budapest), Jávor T. (Pécs), Kovács Ágota (Budapest), Papp J. (Budapest), Szécsényi A. (Budapest), Szinnai Gy. (Budapest).

Május 17., kedd, 15.00 óra

Üléselnök: László Barnabás.

1. **Barna B., Jakab J., Fedor I., Falvassy Gy.** (Kazincbarcika): Tapasztalataink a sebész-belgyógyász együttműködéséről.

2. **Hérics Margit dr., Zolnay B., Juhász L.** (Miskolc): Belgyógyász-sebész együttműködés epeműtéten átesett ischaerikus betegek korszerű ellátásában.

3. **Popik E., Papp J., Tullassay Zs., Holló I., Sárosi I.** (Budapest): Endoszkópos és sebészeti műtét együttműködés a septicus cholangitissal járó mechanikus icterus kezelésében.

4. **Riemann, J. E.** (Erlangen): Endoszkópos tubusinplantáció.

5. **Menghini, G.** (Perugia): Változó tendenciák a percutan májbiopszia klinikai alkalmazásában.

6. **Pájer J., Siket F., Ágoston S., Nagyörsy Gy., Bodnár A.** (Nyíregyháza): A haematemesis és/vagy melena diagnosztikájának és kezelésének tapasztalatai 1952. január 1-től napjainkig kezelt közel 2000 beteg.

7. **Székelly I., Solt I., Illés I.** (Székesfehérvár): Ulcus betegség miatti műtét indikációk retrospectív elemzése.

8. Györfy Á., P. Nagy I., Herczeg L. (Debrecen): A gyomorfekély endoscopus diagnózisa és utánkötése a sebészi kezelés belgyógyászati szempontjai.

9. Regöly-Mérei J., Rózsa I. (Budapest): Az urgens sonographia jelentősége az acut hasi diagnosztikában.

10. Remák G., Németh J., Döbrönte Z., Náfrádi J., Pap A. (Szeged): A Zollinger-Ellison-szindróma diagnosztikai lehetőségei és eredményei a SZOTE I. sz. Belgyógyászati Klinikáján.

11. Rozsos I., Sefer I. (Kaposvár): A vastagbél diverticulosis vérzéseinek diagnosztikai és terápiás nehézségeiről.

12. Forgács A., Bodnár A., Weltner J., Horányi J., Faller J., Máthé Z. (Budapest): Az achalasia kezelése pneumatikus dilatációval.

13. Jablowski M. (Lodz): Immun modulációs terápia krónikus vírus hepatitisben.

Május 17., kedd, 16.50 óra

Poszttervita

Üléselnökök: Fehér János, Pár Ajajos, Nemesánszky Elemér.

1. Jákó J., Halmi L., Schopper J., Dávid K., Riesz T., Domján Gy. (Budapest): A májbetegségek laboratóriumi diagnosztikai módszereinek értékelése számítógépes cluster analysis alapján.

2. Nemesánszky E., Rosalki S. B., Foo, Y. (Budapest, London): Detection of organ injury in alcoholics by serum isoenzyme examination.

3. Riesz T., Nemesánszky E., Arató M., Arató Gabriella (Budapest): A primaer májrák diagnosztikájában alkalmazott vizsgálataink hatékonyságának klinikai elemzése.

4. Golub I., Balkányi I., Szenno-vits P., Molnár M., Balassa M., Balázs Katalin (Budapest): A szerum alfa-fetoprotein és gamma-glutamyl-transzpeptidáz vizsgálatok diagnosztikus értéke malignus májdaganatoknál.

5. Juhász L., Újszász L., Kassay L., Nagy Gy., Prónay G. (Miskolc): A serum CEA-szint gastrointestinalis tumorokban, különös tekintettel az epeúti és pancreas dagاناتokra.

6. Szabolcsi I., Németh Annamária, Gógl Á., Than Z., Szabó T., Tóth P. (Székesfehérvár): Primaer májdaganatos biopsiás és sectiós anyagunk elemzése.

7. Somogyi A., Brechner M., Szécsényi-Nagy L., Csiba A., Fehér J. (Budapest): Hepaticus porphyria familiaris halmozódása.

8. Kalász Gy., Solt I., Mályi I., Gógl Á. (Budapest, Székesfehérvár): Endoszkópos szfinkterotomia után visszamaradt epeútkö belgyógyászati kezelése.

9. Molnár L., Schay Éva, Hajnal M. (Budapest): Májbiopszia értékelése epeműtétek utáni panaszokban.

10. Máti Éva, Juhász L. (Miskolc): Sebészi májbiopsziát követő haemobilialis ERCP képe.

11. Weisz Gy., Kulcsár A., Udvardy (Debrecen): Thyreostatikus (izotóp) kezelés: egy lehetőség az alkoholos májzsugor adjuváns kezelésében.

12. László B., Kendrey G. (Budapest): Heveny májkárosodás Antaethyl-lel végzett alkoholelvonó kezelés során.

13. Bodor Gy., Telegdy L. (Budapest): Heteroszexuálisan terjesztett fulminans B hepatitis esetek.

14. Hollós I., László B., Brojnas Judit (Budapest): A non-A, non-B vírusfertőzés előfordulása krónikus májbetegségeken.

15. Dávid K., Halmy L. (Budapest): A radioimmunoassay értéke a vírus eredetű idült májbetegségek diagnosztikájában.

16. Kiss E., Dauda Gy., Orosz-Tóth M. (Nyíregyháza): Akut terhességi zsírmáj előben felismert esete.

17. Molnár P., Zakar G., Újszász L., Prónay G. (Miskolc): Ascites ultrafiltráció intraperitoneális reinfüzióval. (Új út a cirrhotikus ascites kezelésében?)

18. Várkonyi S., Jungbauer Gizella, Szepesti Éva (Budapest): Zixorynnal és sevenállal indukált infúziós cholangiographiák összehasonlító értékelése májbetegségeken.

19. Vezekényi Zsuzsanna, Jávör T., Kovács Ágnes (Pécs): Új, szelektív hepatikus enziminduktor, a Zixoryn^R kapszula belgyógyászati alkalmazása.

20. Dalmi L., Surányi P., Juhász E., Pecze K. (Debrecen): Lymphocita-subpopulációk (T-suppressor és helper sejtek) vizsgálata krónikus aktív hepatitisben.

21. Mészáros I., István L., Marton É. (Tapolca, Szombathely): DIC-kel szövődött Budd-Chiari-szindróma orális antikonceptív szedése kapcsán.

22. Solymosi P., Schneider F., Kupcsulik P., Lay T. (Budapest): Budd-Chiari-betegség — klinikopathológiai esettanulmány.

23. Kokas P., Kupcsulik P., Iatridis P. G. (Budapest, USA): K-vitamin függő alvadási faktorok aktivitás-szintjének változása — vérzéses shock hatására — izoláltan perfundált cirrhoticus és normál patkánymájokban.

24. Mészáros Mária, Balla Gy., Karasz L., Beck Piroška, Rák K. (Debrecen): Az antithrombin III vizsgálata kinetikus nephelometriával idült májbetegségeken.

25. Szalay F., Steczek K., Kupcsulik P., Fehér T. (Budapest): A glucagon hatása az epe és szérumban epesavakra emberben.

26. Faller J., Magyar A., Balázs Á. (Budapest): Az epeműtétek során végzett cholangiographia nyomás- és áramlásmérés jelentősége.

27. Ecsedy G., Hüttl T., Lontay P. (Budapest): Módosított Caroli-féle epéut-nyomásmérővel végzett ma-

nometriás és cholangiometriás vizsgálatok összehasonlító értékelése.

28. Varga Gy., Prónay G., Keresztury S. (Miskolc): Az intrahepaticus térszűkítés biopsziájának izotópdiaosztikai módszerrel történő elősegítése.

29. Fehér M., László Gy. (Budapest): Polycystás májelváltozás diagnosztikus lehetőségei.

30. Fáy K., Rosta A., Gyüre Adrienne (Budapest): Ultrahang-vizsgálat obstruktív icterusnál.

31. Szilvási I., Bohár L., Bor K., Kopcsányi Zs. (Budapest): A cholestasiográfia és az ultrasonográfia diagnosztikus értéke az akut cholecisztitisz vizsgálatában.

32. Pinkola Krisztina, Kupcsulik P., Bodnár A., Kokas P. (Budapest): Prognosztikai tényezők akut haematemesist kísérő májelégletlenségben.

20.30 óra

Helikon Szálló

A Hepatológiai Szekció megbeszélése, a krónikus B hepatitis több központi kezeléséről.

Május 18., szerda, 9.00 óra

Diagnosztika és terapia haladása a gastroenterológiában

Referátumok

Üléselnökök: Varró Vince, Karácsonyi Sándor.

1. Varró V. (Szeged), Kulka F. (Budapest): Gastro-oesophagealis reflux betegség.

2. Mózsik Gy. (Pécs), Hüttl T. (Budapest): A fekélybetegség kezelésének korszerű nézőpontjai.

3. Várkonyi T. (Szeged): A vékonybél-betegségek diagnosztikájának új útjai.

4. Prónay G. (Miskolc), Kun M. (Budapest): A vastagbél polyposis a belgyógyász és a sebész szemével.

5. Karácsonyi S. (Szeged): A máj térszűkítő folyamatainak diagnosztikája és terápiája.

6. Pap Á. (Szeged), Flautner L. (Budapest): A Vater papilla szerepe a hasnyálmirigy és az eueutak megbetegedésében.

Az egyes referátumok időtartama egyévesen 15 perc.

Május 18., szerda, 15.00 óra

Üléselnök: Varga László,

1. Darvas K., Tarjányi M., Faller J., Sebestyén J., Antony P., Koós-Hutás P. (Budapest): Sav-bázis és vérgázváltozások nyelőcső- és cardia-műtétek során.

2. Csanádi Jolán, Horváth Ö., Petri I., Petri A., Csikos M. (Szeged): Kórszövettani jelek szerepe a nyelőcsőrák prognózisának megítélésében.

3. Kiss J., Vörös Á. (Budapest): Gyomorműtétek után kialakult súlyos epés reflux oesophagitis miatt végzett correctio műtéteink.

4. Döbrönte Z., Balázs B., Kahán Zs., Csáti S., Láng J., Sági I., Varró V. (Szeged): A gyomornyálkahártya

vérátáramlás és a secretio viszonya nyombélfekélyes betegekben és annak változása proximális selectiv vagotomia után.

5. Nagy A., Baltás B., Garas F., Karácsonyi S. (Szeged): Savszekréciós változások superselectiv vagotomia után duodenalis ulcusban.

6. Bátorfi J., Ihász M., Réfi M., Török A., Kriváhy P., Bálint A. (Budapest): A vérző duodenalis fekélyek sebészi kezelése proximális szelektív vagotomiával.

7. Nagy L., Past T., Tapsonyi Zsuzsa, Mózsik Gy., Beró T., Ruzsa Cs., Jávör T. (Pécs): A kilégzett levegő H_2 -tartalma és a Galantase^R hatása közötti összefüggés vizsgálata felnőttkori laktóz-intolerans betegeknél.

8. Hudák J., Máriaföldy Erika, Nagy A., Szabó I., Baradnay Gy., Varga L. (Szeged): Colorectalis carcinomák immunológiai vizsgálata leukocita adherentia gátlás tesztel.

9. Nagy F., Szénási Zsuzsanna, Szöllősi E., Varró V. (Szeged): A candida albicans ürítés és antitest titerének változásai colitis ulcerosában.

10. Balogh I., Demeter Jolán, Vámos Márta (Budapest): A vastagbél röntgenvizsgálatok kritikai értékelése az elmúlt évtized tükrében.

11. Weltner J., Forgács A., Bokody Gy. (Budapest): Az anális nyomásmérés módszere és szerepe proctológiai betegeken.

12. Nemessányi Z., Pap A., Csernay L., Varró V. (Szeged): ^{99m}Tc-HIDA szekréció a secretin-pancreozymin test során elért duodenumnedv visszanyerés jellemzésére.

13. Farkas Gy., Mándi Yvette, Karácsonyi S. (Szeged): Az NK reakció szerepe a máj- és hasnyálmirigy-daganatok diagnosztikájában.

Május 18., szerda, 16.50 óra

Poszttervita

Üléselnökök: Ihász Mihály, Mózsik Gyula, Preisich Péter.

1. Szalóki T. (Vác): Gastro-oesophagealis refluxbetegség.

2. Trizna Z., Forgács A., Kupcsulik P., Szécsényi A. (Budapest): 24 órás intraoesophagealis pH-mérés.

3. Horváth Ö., Monoki Erzsébet, Döbrönte Z., Karácsony Gizella, Csikos M. (Szeged): Késői szövdmények cardiomyotomia után.

4. Csikos M., Horváth Ö., Petri A., Petri I., (Szeged): A peptikus nyelőcső striktura sebészi kezelése.

5. Vörös A., Kiss J., Bajtai A. (Budapest): Elsődleges nyelőcsőrák mellett észlelhető szimultán gyomor elváltozások sebészeti jelentősége.

6. Fekete Cs., Padányi I., Nagy Zsuzsa (Budapest): Akiyama műtéttel szerzett tapasztalatok.

7. Keszler P., Mészáros Zs. (Budapest): Nyelőcső diverticulumok valamint oesophagotracheobronchialis sipolyok problematikája és sebészete.

8. Kotsis L., Kulka F. (Budapest): Korszerű szempontok a nyelőcső perforációk ellátásában.

9. Szántó I., Vámosi-Nagy I., Banai J., Bajtai A. (Budapest): A gyomor polipoid képleteinek endoszkópos eltávolításáról.

10. Gerő G., Konyár Éva, Preisich P. (Budapest): A gastritisnek histológiai diagnosztikájának változása és statisztikai értékelése.

11. Fazekas T., Vadász Gizella, Kiss S., Cserkúti I., Bálint A. (Budapest): A Brunner-mirigy hyperplasiáról.

12. Bajtai A. (Budapest): A pásztázó elektronmikroszkópos vizsgálatok szerepe a gastrointestinalis pathológiában.

13. Balogh I. (Budapest): A gyomor röntgenvizsgálat jelentőségéről és fejlődéséről; hazai körülmények között.

14. Kovács L., Török A., Tanczos G., Szlamka I. (Budapest): Epesav jelenlét vizsgálata chronicus gastritisben szenvedő betegek éhomi szekréciójában.

15. Kiss S., Ihász M., Bátorfi J., Szabó K., Horkai F., Mártha L. (Budapest): Intraoperatív pH mérés a vagotomia komplettiségének ellenőrzésére.

16. Gergely M., Csonka Cs. (Szentes): Elektív szuperszelektív vagotomiáink értékelése és a Visick-beosztás elégtelensége PSV esetében.

17. Takátsy Z., Tihanyi M., Kiss T., Bengerno M. (Pécs): A proximális ressect és total gastrectomistól betegek adatainak klinikai elemzése.

18. Szili M., Domján L. Kecskemét): Duodenalis ulcus cimetidin kezelése közben kialakult mycotikus ventricularis ulcus.

19. Sulyok L., Radeczky G., Martz J., Dénes L., Fontos Gy. (Szolnok): A gépi gyomor anastomosisok endoszkopos és radiológiai összehasonlító vizsgálata.

20. Nagy Gy., Bereti I., Helmajer J. (Parádfürdő): A diagnosztikus módszerek alakulása az utóbbi 10 évben gasztroenterológiai szanatóriumba beutaltak kórelőzményében.

21. Halasy K., Horváth M. (Kálcsa): Lehetőségek és tapasztalatok endoszkopos munkában, alapellátási szinten működő városi kórházban.

22. Sándor J., Dubecz S., Ráth Z., Juhász M. (Budapest): Áletetéses (sham feeding) gyomorsav-secretio vizsgálata proximális szelektív vagotomia előtt és után.

23. Kisfalvi I., Kenderessy I., Szűcs Katalin, Földvári P. (Budapest): Sham feeding, Hollander és pentagastrin tesztekkel végzett összehasonlító vizsgálatok nyombélfekélyes betegekben.

24. Tárnok F., Deák G., Nagy L., Patty I., Mózsik Gy., Jávör T. (Pécs): A sucralfat (Ulcogent^R) és pirenzepin (Gastrozepin^R) hatásának összehasonlítása nyombélfekélyes betegek kezelésében.

25. Deák G., Tárnok F., Patty I., Nagy L., Mózsik Gy., Jávör T. (Pécs): Ulcusilvanil kezelés fekélybetegségeken.

26. Lengyel G., Papp J., Tulassay Zs., Szatmári M. (Budapest): Újabb lehetőségek a fekélybetegségek kezelésében.

27. Petri Margit, Telkes Z., Nagy Béláné, Kocsis F. (Visegrád): Histodil (cimetidin) szirup hatásának klinikai vizsgálata.

28. Farkas A., Pulay I., Máthé Z. (Budapest): Histodil (cimetidin) injekció hatásának vizsgálata felső gastrointestinalis vérzések kezelésében.

29. Szatlóczy E., Banai J., Kun M. (Budapest): A Histodil hatása a duodenalis ulcusra.

30. Patty I., Deák G., Nagy L., Tárnok F., Mózsik Gy., Jávör T. (Pécs): A Gastrozepin és a Sucralfat összehasonlító vizsgálata a ventricularis ulcus kezelésében.

31. Székely Gy., Lendvai I., Szlamka I. (Budapest): A gyomor- és bélrendszer vizsgálatokor észlelt specifikus ultrahangjelek.

Május 19., csütörtök, 9.00 óra

Üléselnökök: Jávör Tibor, Gáti Tibor.

Hetényi Géza emlékelőadás

Mózsik Gyula: A „gyomor cytoprotectio” jelenségének biokémiai-farmakológiai alapjai és klinikai jelentősége.

S z ü n e t

10.00 óra

Köszgyűlés

Elnöki megnyitó.

Tudományos díjak kiosztása.

Főtitkári beszámoló.

Pénztárosi jelentés.

A Számvizsgáló Bizottság jelentése.

Ellenőri jelentések.

Vita az elhangzott beszámolók felett.

Főtitkári zárszó.

Május 19., csütörtök, 15.00 óra

„A” szekció: Endoszkópia
Gasztrointesztinális vérzések
diagnosztikájának és kezelésének
újabb lehetőségei

Kerekasztal-konferencia

Moderátor: Wittman István.

Részvevők: Baltás B. (Szeged), Bodó M. (Budapest), Domján L. (Kecskemét), Kempelen I. (Budapest), Kupcsulik P. (Budapest), Petri A. (Szeged), Török A. (Budapest), Siba Sára (Kerepestarcsa), Szántó I. (Budapest), Vadon G. (Budapest).

Üléselnök: Simon László.

1. Oproiu, C. (Bukarest): A gyomor benignus lymphomatosisa.

2. Oproiu, Al. C. (Bukarest): A vastagbél nem ischaemiás vascularis betegségének diagnosztikája és kezelése.

3. *Hasik J.* (Poznan): A tübiopsia eredményességének megítélése a máj és pancreas diagnosztikájában.

4. *Schultz K., Farkas A.* (Pécs): Oesophago-gastro-bulboscopia csecsemő- és gyermekkorban.

5. *Bálint I.* (Budapest): Operált gyermekek endoscopy vizsgálata.

6. *Tulassay Zs., Papp J., Hajós E., Kollin Éva, Janek Márta* (Budapest): Endoscopy sphincterotomy nem cholecystectomy kiterjesztésére epeútbetegségekben.

7. *Csikós F., Farkas I., Preisich P.* (Budapest, Kerepestarcsa): Lehetőségek az endoscopy belgyógyász és sebész együttműködésének kiterjesztésére epeútbetegségekben.

8. *Detky B., Magyar L., Figus I. A.* (Jászberény): Choledochoscopy ellenőrzött sphincter tágítás késői eredményei.

9. *Patkó A., Farkas I.* (Budapest): A bilio-duodenalis fistulák klinikai jelentősége és az endoscopy terápia lehetősége.

10. *Libor J., Kovács J., Gyimesi Gy., Kander Z., Balla S., Steffek Mária, Fodor Zsuzsa, Kis Erika, Lőrinczy E.* (Gyula): Az invazív vizsgálati módszerek (ERCP és PTC) javallatának és eredményeinek néhány kérdése epeműtét utáni állapotokban.

11. *Domján L., Simon L.* (Kecskemét, Szekszárd): Eredmények és kudarok percutan transhepaticus cholangiodrainage (PTCD) kezelés kapcsán.

12. *Farkas I., Preisich P., Mádi Szabó L., Székely Zs.* (Kerepestarcsa, Budapest): Az ERCP és az ultrahangvizsgálat diagnosztikus értéke a hasnyálmirigy és az eperendszer sebészeti betegségeiben.

13. *Tóth Gy., Simon L., Bátorffy Márta* (Szekszárd): Az ERCP szerepe az epeúti fejlődési rendellenességek felismerésében.

14. *Tihanyi T., Flautner L., Papp J., Bock Gy., Papp A.* (Budapest, Szeged): Eredményeink a pancreas vezeték okklúziós kezelésével krónikus pancreatitisben.

15. *Török A., Szlamka I.* (Budapest): Endoscopy Argon LASER non termalis hatása colitis ulcerosa eseteiben.

16. *Vámosi N. I., Szántó I., Banai J., Bajtai A.* (Budapest): A kolosz-kópia szerepe a vastagbélrákok műtét előtti kórismézésében.

Május 19., csütörtök, 15.00 óra

„B szekció: Kutatói fórum

Üléselnök: Papp Miklós.

1. *Dubecz S., Szombath D., Sándor J., Juhász M., Rábai K., Gáti T.* (Budapest): A kísérletes vagotomia hatása a gyomor mucosa bikarbonáció szekréciójára.

2. *Bálint G. A., Náfrádi J., Varró V.* (Szeged): A molekuláris térszerkezet szerepe a szulphydryl-vegyületek cytoprotectiv hatásában.

3. *Morón F., Pena Caridad, Mózsik Gy., Jávör T.* (Havanna, Pécs): Az atropin citoprotectiv hatása különböző necrotizáló agensek gyomor

mucosa laesiót kiváltó effektusára patkányban.

4. *Mózsik Gy., Deák G., Jávör T., Morón F., Nagy L.* (Pécs): PGF₂ alfa kezelés ideje alatt kialakult tolerancia és a gyomor fundus nyálkahártya cAMP tartalma közötti kapcsolat.

5. *Náfrádi J., Bálint G. A., Varró V.* (Szeged): Endogen opiat receptorok szerepe különböző gastroduodenalis fekélymodellben.

6. *Rábai K., Fehér Erzsébet, Szombath D., Gelencsér F., Gáti T.* (Budapest): Az ecetsav indukálta kísérletes duodenalis fekély pathomechanizmusa patkányban.

7. *Ormai S., Sasvári M.* (Budapest): Adatok az epe vagy epesók pancreas (exocrin) szekréciót fokozó hatásának mechanizmusához.

8. *Gecser G., Illényi L., István M., Kőszegi T., Hudvágner S.* (Pécs): 5-Fu hatása kísérletes akut pancreatitisben.

9. *Hajnal F., Zarándi M., Penke B., Lonovics J., Kovács K., Varró V.* (Szeged): Cholecystokinin antagonist hatás vizsgálata analog peptidok segítségével.

10. *Rózsa Zs., Varró V.* (Szeged): A vékonybél vérátáramlását és motilitását befolyásoló peptidhormon interakció vizsgálatok. I. Opioid peptidok hatása.

11. *Pollák R., Nagy Erzsébet, Wittman T., Várkonyi T., Varró V.* (Szeged): A vékonybél flóra vizsgálata patkányokon jejunum izoperistaltikus kirekesztése után.

12. *Hidvégi Edit, Varga B., Folly G., Papp M.* (Budapest): Vasopressin hatása a pancreason átváramló vérmennyiségre és szekrécióra.

13. *Práger P., Strenger J., Balogh J., Pappi A., Angyal T., Detre Z., Matkovics B.* (Tamási, Szigetvár, Pécs, Budapest, Szeged): Kivédhető-e az alkohol hasnyálmirigyre kifejtett sejtkárosító hatása?

14. *Papp M., Varga G., Vizi E. Sz., Tóth Ida* (Budapest): A pancreas vérrellátását szabályozó neurotransmissio in vitro vizsgálata.

15. *Varga G., Travis E. S., Papp M.* (Budapest, USA): A pancreas polipeptid kivédi a caerulein pancreasra kifejtett trofikus hatását patkányban.

16. *Berger Z., Pap Á., Varró V.* (Szeged): Thioacetamiddal indukált májcirrhosisos patkányok pancreas-sekretója.

17. *Fehér J., Kocsár L., Mohari Katalin, Toncsev H., Filipp G.* (Budapest, Saarbrücken): Máj-specifikus antigennel létrehozott kísérletes autoimmun hepatitis kivédése szelektív immunsuppressióval.

18. *Sréter Lidia, Kiss Á., Cornides Agnes, Toncsev H., Fehér J.* (Budapest, Székesfehérvár): Adriablastin okozta májkárosodás megelőzése dihydroquinoline típusú antioxiidánsokkal.

19. *Gergely Judit, Udvardy M., Weisz Gy., Kulcsár A.* (Debrecen): Progesztogének hatása a májfunkciókra.

Május 20., péntek, 9.30 óra

Poszttervita

Üléselnökök: Flautner Lajos, Bálint Gábor, Gáti Tibor, Szalay Ferenc, Prónay Gábor, Jávör Tibor.

1. *Vereckei E., Holló G., Vitályos T., Schaff Zsuzsa, Szabó M. M., Botár A., Harsányi L., Magyar A., Popik E.* (Budapest): Kísérletes akut pancreas-necrosis kiterjedésének fluorescein angiographiás vizsgálata.

2. *Orbán L., Podhragay L., Kovács G., Pirocska Zs.* (Mátészalka, Fehérgyarmat): A pancreas heterotopias előfordulásának klinikai jelentőségéről.

3. *Gutman T., Dobó I., Ligeti J., Pintér E.* (Budapest): Az 5-fluorouracil szerepe az akut pancreatitis komplex kezelésében.

4. *Hudvágner S., Gecser G., Tekeres M., Fehér I., Illényi L.* (Pécs): Ftorafur kezelés akut pancreatitisben.

5. *Erős A., Sarkadi G., Bohár L., Bajtai A.* (Budapest): Az ultrahanggal vezérelt vékonytű aspirációs cytologiai vizsgálatok szerepe a hasúri szervek megbetegedéseiben.

6. *Abonyi Margit, Szalay F., Csillag J., Harkányi Z., Földes J., Kisfaludy S.* (Budapest): A máj scintigráfiás és ultrahang vizsgálatának diagnosztikus értéke májbetegségeknél.

7. *Szebeni Agnes, Bohár L., Szilvási I., Gönczi J.* (Budapest): Az ultrahangvizsgálat lehetőségei és korlátai a choledocholithiasis kórismézésében.

8. *Moró Zsuzsanna, Horváth L., Palkó A.* (Pécs): A pancreas megbetegedések angiographiai vizsgálata.

9. *Péter M., Köteles L.* (Debrecen): Az ultrahang diagnosztikai eljárások fejlődése és ennek szerepe, jelentősége a pancreas betegségek diagnosztikájában.

10. *Pásztor J., Mádi Szabó L., Konyár Éva, Zalay Magda* (Budapest): A pankreasz vékonytűs és ciszta-aspirációs biopsziájának diagnosztikus értéke.

11. *Simon L., Kovács S.* (Szekszárd): A hipertóniás Oddi-sphincter dyskinesis kezelése Ca-antagonista szerekkel.

12. *Fehér Erzsébet, Vajda J.* (Budapest): A vékonybél nyálkahártya idegi szabályozása.

13. *Pecze K., Nagy I., Dalmi L., Györfy Á.* (Debrecen): Termostabil E-rozettált képző lymphocyták számának növekedése gastrointestinalis carcinomákban.

14. *Holzinger G., Németh J., Regényi J., Remenák G., Varró V.* (Szeged): Biológiaiailag aktív gasztrintartalom vizsgálata patkány agyban.

15. *Lakatos T., Bajtai A.* (Budapest): A N-methyl N-nitro N-nitrozoguanidin (MNNG) carcinogen hatásának vizsgálata patkányokon.

16. *Zarándi Márta, Holzinger G., Penke B., Kovács K., Varró V.* (Sze-

ged): Mi a gasztrín aktív centruma a valóságban?

17. Wittmann T., Várkonyi T., F. Kiss Zs., Pollák R., Varró V. (Szeged): Adaptációs változás a vékonybél-nyálkahártya szénhidrát anyagcseréjében izoperisztaltikusan kiiktatott jejunumkacs esetén.

18. Sasvári Mária, Ormai S. (Budapest): A friss májból gyűjtött epe intravénás infúziójának hatása a pancreas külső szekréciójára altatott macskában.

19. Újhelyi Eszter, Divald A., Vajta G., Gyenes Mariann, Lapis K., Jeney A. (Budapest): Prostaglandin hatásának vizsgálata in vivo.

20. Róza I., Banai J., Tihanyi K., Kun M. (Budapest): A human peptikus fekélyek biopsziás anyagból mért prostaglandin tartalma (PGI₂).

21. Szombath D., Rábai K., Gáti T. (Budapest): A 30%-os alkohol intragastrikus bevitelének hatása a gyomor mukózális barrierjére éber és altatott patkányban.

22. Kiss J. A., Bálint G. A., Varró V. (Szeged): Enzaprost-F (Prostaglandin-F₂) hatása a vékonybél intramurális vérmegoszlására.

23. Divald A., Vajta G., Elek J., Újhelyi Eszter, Lapis K., Jeney A. (Budapest): Hepatoprotektív anyagok kutatása in vitro modellrendszerekben.

24. Juhász M., Dubecz S., Szombath D., Szerdahelyi L., Budavári I., Kocsár L., Gáti T. (Budapest): Az arteria mesenterica superior lekötésének hatása a plazma-prostaglandinok aktivitására patkányban.

25. Csáti S., Várkonyi T., Wittmann T., Varró V. (Szeged): Szöveti diszakaridáz enzimaktivitások fokozott érzékenységi mérése.

26. Toncsev H., Sulyok Sarolta, Sréter Lida, Vereckei A., Pollák Zsuzsa, Fehér J. (Budapest): A cholesterin máj lysosoma membrán károsító hatásának kivédése dihydroquinoline típusú antioxidánsal.

27. Baláspiri L., Institoris L., Holzinger G., Varga L., Bálint G., Kovács K. (Szeged): N-terminális „nem fehérjealkotó” aminosavakat és különböző acilező-ágenseket tartalmazó pentagasztrínanalógok biológiai hatásának összehasonlítása.

28. Ondrejka P., Jakab F., Sugár I., Ráth Z. (Budapest): A sigmoidoscopy a sebészeti gyakorlatban. A sigmoidoscopy és a retroscopy összehasonlító értékelése.

29. P. Nagy I., Balogh Eszter, Bálint M., Györfy Á. (Debrecen): Az endoscopy és a kettős kontrasztos irrigoscopy összehasonlító értékelése a vastagbél betegségeinek diagnosztikájában.

30. Jakab F., Ondrejka P., Sugár I., Ráth Z. (Budapest): Urgens endoszkópiával szerzett tapasztalataink gasztrointesztinális vérzésekben.

31. Bihari I., Molnár F., Molnár Gy., Székely Á. (Budapest): Vastagbélből eredő vérzés kezelése POR 8 selektív intraarterialis adásával (esetbemutatás).

32. Papp Ilona, Bajza Yvonne, Detky B., Figus I. A. (Jászberény): Rizikótényező-e a cholecystectomy a vastagbél daganatainak szempontjából? (300 beteg utánvizsgálataival szerzett tapasztalataink).

33. Csonka Cs., Gergely M., Papp Z., Villányi E. (Szentes): A cholecystectomy lehetséges szerepe a colorectalis rák keletkezésében.

34. Kaldau F., Fehér M. (Budapest): Vastag- és végbélrák előfordulási gyakorisága cholecystectomy-zált betegeknek.

35. Szilágyi K., Földi I., Schmidt L. (Pécs): A vastagbél nyáksecretiójának vizsgálata normális, kóros körülmények között.

36. Horváth K., Horn Gabriella, Bata Á., Bodánszky Hedvig (Budapest): A kilégzési-H₂ teszt vizsgálat alkalmazási lehetőségei a gyermek-gastroenterológiában.

37. Beró T., Pongrácz Gy., Jávör T. (Pécs): Intesztinális shunt műtétek metabolikus következményei.

38. Miskovits Eszter, Bánhegyi D., Várnai F. (Budapest): Entamoeba histolytica fertőzések korszerű kezelése.

39. Zalay L., Szatlóczky E., Németh Klára (Budapest): E. coli antitestek vizsgálata krónikus gyulladásos bélbetegségekből és azok specifikus autovaccinás kezelése.

40. Várkonyi Ágnes, Várkonyi T., Farkas Z. (Szeged): A „scanning” elektronmikroszkópia jelentősége és lehetőségei a coeliakia differenciáldiagnosztikájában.

41. Van Thanh, Tóth A., Vitályos T., Schaff Zsuzsa, Szabó M. M., Popik E. (Budapest): Kísérletes bélischaemia fluorescein angiographiás vizsgálata.

42. Makó E. (Budapest): Előrelépés a hasi diagnosztikában; a vékonybél kettős kontrasztos vizsgálata.

43. Pattantyus J., Pogány Éva, Simon Ildikó (Budapest): Carcinoid syndrome — emelkedett 5 HIAA ürítés egyéb lehetőségei.

44. Szabó K., Konec I., Fazekas T., Cserkúti I., Horkai F., Sült T. (Budapest): A carcinoid syndrome sebészeti jelentősége.

45. Mészáros L., Köves I., Kukán F., Korpási I., Entz L. (Budapest): Vékonybél daganatok, diagnosztikus nehézségek (15 operált eset elemzése és tanulságai).

46. Bodánszky Hedvig, Horváth K., Horn Gabriella, Bata Á. (Budapest): Lehelet H₂-meghatározás diagnosztikus jelentősége visszatérő súlyos hasi fájdalmak esetében.

47. Kósai I., Kárpáti Sarolta, Simon Zsuzsa, Török Éva, Bucsky P., Gyódi Éva (Budapest): Klinikai, szövettani és HLA vizsgálatok gyermekkori dermatitis herpetiformis Duhringus betegeken.

48. Réfi M., Csillag A., Konec I., Drexler L., Bálint A. (Budapest): A Crohn-betegség sebészeti vonatkozása.

49. Nagy Erzsébet, Pollák R., Várkonyi T., Varró V. (Szeged): A vékonybél bakteriológiai vizsgálatá-

nak módszere idült bélbetegségek diagnosztikájában.

50. Sashegyi Julianna, B. Kovács Judit, Nagy I. (Budapest): A gamma-glutamiltranszferáz aktivitása a vékonybél nyálkahártyáján.

51. Bodoky Gy., Weltner J., Bodoky A., Forgács A. (Budapest): Előre tervezett parenterális táplálás számítógépes modellezése.

52. Schmidt I., Lőrinczy E., Simon L. (Szekszárd, Gyula): Szerum carcinoembryonalis antigen (CEA) és béta-2-mikroglobulin vizsgálatok vastagbélrákos betegekben.

53. Forgács S. (Budapest): A vastagbél diabeteses eredetű elváltozásai (diabeteses megacolon).

54. Kopper L., Magyarosy E., Nagy P., Rustum, Y., Lapis K. (Budapest, USA): Human colorectalis tumorok kemoterápiás érzékenységeinek vizsgálata in vivo és in vitro.

55. Ujszászy L., Szederkényi I., Szilágyi Sz., Nagy Gy., Minik K., Prónay G. (Miskolc): Synchron és metachron vastagbélrákok.

56. Ritter L., Hornok L. (Budapest): Az ambuláns proctológiai beavatkozások lehetősége és jelentősége.

57. Palkó A., Grexa Erzsébet, Moró Zsuzsa, Schanzl A., Gecser G. (Pécs): Korszerű radiológiai módszerek a rectum tumorok kórismézésében.

58. Rauth J., Solt J. (Pécs): Veszélyes idegentestek endoszkópos eltávolítása a gyomorból tefflon háló segítségével.

59. Győri I., Ferenc J., Agai F., Tóth P. (Gyöngyös): Urgens gastroszcopy során felismert, vérzést és pylorus elzáródást okozó epek.

60. Nagy Gy., Minik K., Balázs Márta, Prónay G. (Miskolc, Budapest): Urgens endoscopy vizsgálat kapcsán felismert Whipple-kór esete.

61. Németh Á., Nagy L., Tárnok F., Patty I., Deák G., Jávör T. (Pécs): Melaenát okozó duodenalis APUDOMA.

62. Zséli J., Csillag J., Tulassay Zs., Tarján G., Moksony I. (Budapest): Primaer sclerotizáló cholangitist utánzó májcarcinoma fokozott gonadotropin képzéssel colitis ulcerosában.

63. Barna Mária, Ferencz Adrienn, Bene Márta, Tóth A., Bán Éva (Budapest): Lactulose (galactosido-fructose): alkalmazása bacteriumirítók kezelésében.

64. Besznay Gy., Sívári M. (Eger): Gyomor Hodgkin-lymphoma szokatlan szövödménye.

65. Schrádi Olga, Szőör J., Fürst A., Szakáll Sz. (Debrecen): Ritka vérzésforrás: plasmocytomás metaplasia a gyomorban.

66. Bartha T., Zalay L., Szatlóczky E., Németh Klára (Budapest): Prenilamin hatása az anaerob baktériumokra.

67. Papp L., Maráz F., Szentmiklósi L. (Kiskunhalas): Obstruktív icterus miatt operált betegeink prae- és peroperatív diagnosztikája.

68. B. Kovács Judit, Kurcz M., Sashegyi Julianna, Lőrincz Margit, Nagy I. (Budapest): Gastrointesztinális betegségek hatása a vas-anyagcserére. A plazma ferritin jelentősége.

Bemutató

1. Rác I., Téri Nóra, Láng L. (Győr): A színes videotechnika alkalmazása a gastrointesztinális endoscopyban, ritka kórképek demonstrációja.

2. Past T., Tapsonyi Zsuzsa, Jávorszky T. (Pécs): A kilehelt levegő H_2 koncentráció mérésének demonstrációja.

A kongresszus zárása.

A Gartner Pál dr. alapítvány elnyeréséért tudományos pályázatot hirdetünk.

Pályázhatnak mindazok az orvosok, akiknek ideg- vagy elmeorvosi szakképesítésük van, pszichoterapiás képzésben részesültek, és folyamatosan ilyen szakmai gyakorlatot folytatnak.

Pályázni 1982-ben elhangzott előadással, vagy megjelent pszichoterápiái dolgozattal lehet.

A pályadíjakra 12 000 Ft áll rendelkezésre.

Benyújtásának határideje: 1983. június 30. Cím: Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Egészségpolitikai Osztálya (Budapest V., Münnich F. u. 32. 1363), „GARTNER ALAPÍTVÁNY” megjelöléssel.

A legjobb pályázatok pénzjutalomban részesülnek, amit 1983. augusztusban adunk át.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(181/c)

Katymár Községi Tanács elnöke (Katymár, Lenin u. 27. 6455) pályázatot hirdet, elhalálozás miatt megüresedett, községi **körzeti orvosi** állás betöltésére. Az álláshoz 4 szobás komfortos rendelővel egybeépített, kertes, garázzsal ellátott lakást biztosítunk.

A hétvégi ügyelet 5 körzeti orvos bevonásával, összevont hétvégi ügyelet formájában történik.

Pál László
tanácselnök

(187/b)

Nagykanizsa városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője pályázatot hirdet a következő állásokra:

— A kórház-rendelőintézetben újonnan szervezett 50 ágyas **elme osztály vezető főorvosi** állásra. Pályázhatnak legalább 10 éves gyakorlattal, elme szakorvosi képesítéssel rendelkezők.

— A Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztályán üresen álló **osztályvezető helyettesi** állásra. Szervezési szakvizsgával, illetve gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek.

Az állásokhoz megbeszélés szerint lakást biztosítunk.

Bérezés kulcsszám és szolgálati időtől függően.

A pályázatokat a Városi Tanács V. B. Egészségügyi osztályára kérjük benyújtani. (Nagykanizsa, Eötvös tér 16.)

Nemesvári Márta dr.
városi főorvos

(192)

Az Igazságügyi Megfigyelő és Elme-gyógyító Intézet (Budapest X., Kozma u. 13. Pf. 22. 1475) igazgató főorvosa pályázatot hirdet az intézet klinikai laboratóriumában 1 fő **szakorvosi** állás betöltésére.

A pályázatot elnyerő orvosi feladata a szakorvosi teendőkhöz túl az intézet laboratóriumának vezetése.

Az állás betöltéséhez klinikai laboratóriumi szakvizsga szükséges. A feddhetetlenség az állás elnyerésének feltétele.

Illetmény a az IM. kulcsszámai szerint, plusz 30% veszélyességi pótlék. Szociális juttatások (gyermekintézmények, üdülési lehetőségek, egészségügyi ellátás stb.) a BM szociális és kulturális intézményei keretében vehetők igénybe.

Személyes informálódás a 477-956 telefonszámon lehetséges.

A pályázatot a megjelenéstől számított 30 napon belül az IMEI főigazgató főorvosához kell benyújtani.

Csiesay Iván dr.
főigazgató főorvos

(193)

Budapest Főváros Tanács V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest V., Városház u. 9/11. 1840) pályázatot hirdet a Fővárosi Well Emil Kórház-Rendelőintézet Krónikus Geriatriai Rehabilitációs részlegén — újonnan kiakítandó — **osztályvezető főorvosi** állásra.

Képesítés és bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EüM—MÜM sz. együttes utasításban, valamint a 13/1975. sz. rendeletben foglaltak szerint. A pályázati kérelmet a 19/1978. sz. (Eü. K. 15.) EüM sz. utasításban meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.

A kinevezendő főorvos orvosi magán-gyakorlatot nem folytathat.

Varga Árpád dr.
fővárosi vezető főorvos

(194)

A Főv. Tan. Bajcsy-Zsilinszky Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa pályázatot hirdet **Psychiatriai osztályra, adjunktusi munkakör** ellátására.

A pályázat elnyeréséhez neurológiai szakképesítés is szükséges. Esetleg szak-tanácsadói besorolás — adott feltételek mellett — is lehetséges.

Bérezés a 3/1977. EüM sz. rendelet szerint.

Laczkó Ede dr.
főigazgató főorvos

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 17 000 példányban

A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató

Telefon: 116-660

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,

a Posta hírlapüzletében és a Posta Központi Hírlap Irodánál

(Budapest V., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)

közvetlenül vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKHI MNB 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámára.

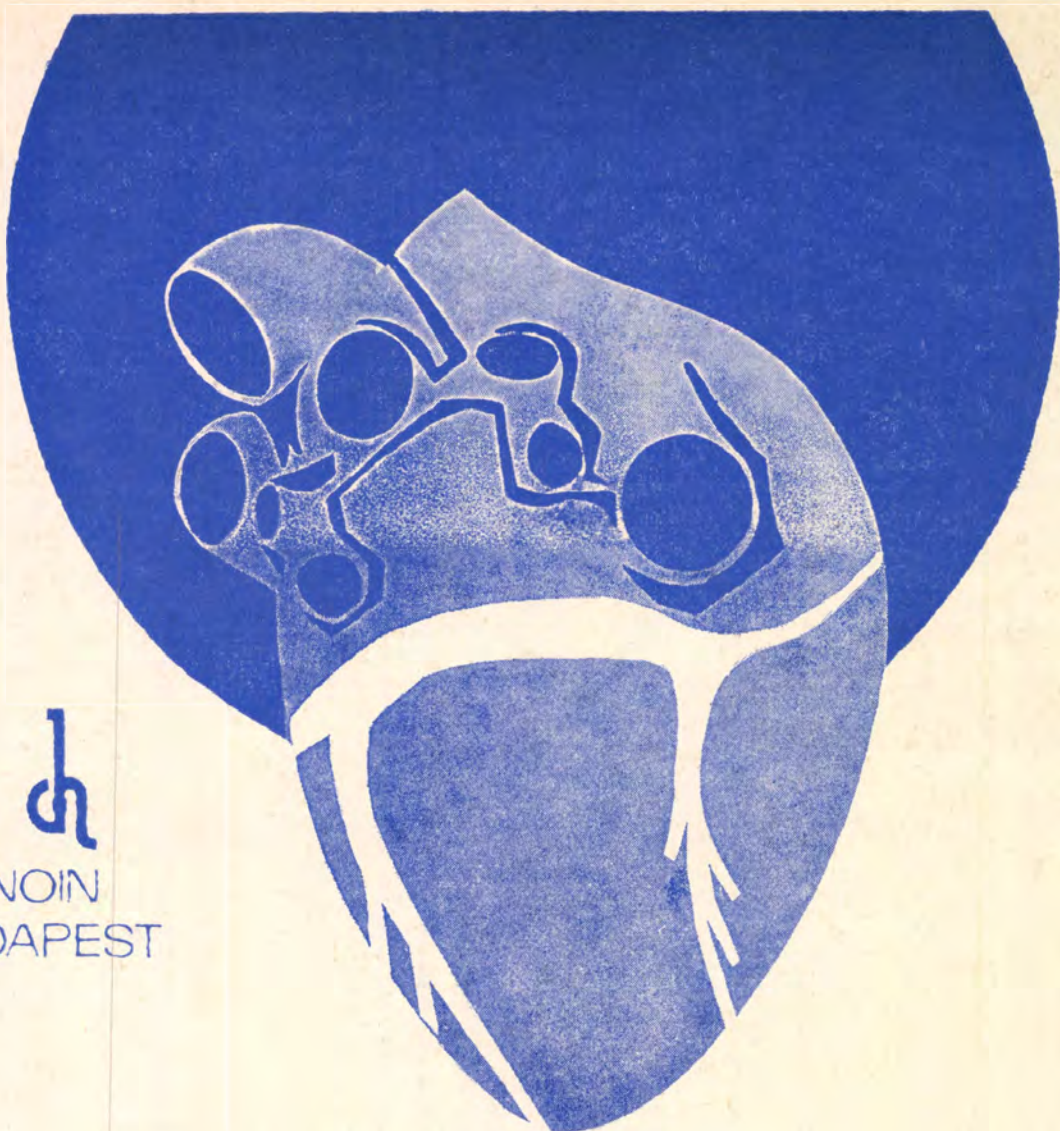
Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/135

Előfizetési díj egy évre 600,— Ft, negyedévre 150,— Ft, egyes szám ára 12,— Ft



88.0914 Tipografia Athenaeum Nyomda, Budapest — íves magasyomás — Felelős vezető: Szilávik András vezérigazgató

ISSN 0030-6002 • INDEX: 25 674



CHINOIN
BUDAPEST

SENSIT[®]

drazsé

CORONARIADILATATOR

A Sensit új típusú koszorúértágító. Kalcium-antagonista és foszfodiészteráz aktivitást gátló hatása miatt növeli a szív anoxiás toleranciáját, csökkenti a szívizom oxigénfelhasználását, tágítja a koszorúereket, fokozza a koronáriaáramlás mértékét, növeli a szívizom oxigénellátását. Kardioprotektív hatása stressz situációkban is érvényre jut, amennyiben kivédi a katekolaminok kardiostimulatorikus hatását. Adagolását az első stenocardiás panaszoknál előnyös elkezdni. Huzamosabb használata mellett csökken a nitroglicerinnel igény.

ÖSSZETÉTEL

Drazsénként 50 mg fendilinum hydrochloricum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

Koronáriaelégteség, angina pectoris. Koronária-sclerosis, a szívinfarctus megelőzése és utókezelése.

ELLENJAVALLAT

A szívinfarctus akut fázisa. Terhességben csak vitális indikáció esetében alkalmazható.

ADAGOLÁS

Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3×1 drazsé.

MELLÉKHATÁSOK

Gyomorpanaszok, fejfájás, nyugtalanság, kábultság, vagy allergiás jelenségek szörványosan előfordulhatnak, melyek a dózis átmeneti csökkentésére többnyire megszűnnek.

FIGYELMEZTETÉS

Májbetegség huzamosabb kezelése során ajánlatos az időszakos laboratóriumi ellenőrzés. Vérnyomáscsökkentők és béta-receptor blokkolók hatását erősítheti, ill. kiegészítheti, ezért együttes adásuk esetén fokozott óvatosság ajánlatos.

CSOMAGOLÁS ÉS TÉRÍTÉS

50 db drazsé 2,70 Ft.

MEGJEGYZÉS

✱ Csak vényre adható ki, az orvos rendelkezése szerint, legfeljebb három alkalommal ismételhető.



GALANTASE[®]

por

A Galantase az *Aspergillus* speciesből kivont béta-galaktózidázt tartalmazó enzimmészítmény. A tejben, ill. tejtermékekben levő laktózt glükózra és galaktózra bontja. A laktáz enzim veleszületett hiánya, illetve csökkent működése esetén kialakuló körkékben alkalmazható. A különböző etiológiájú bélmucoza károsodással járó szekunder malabszorpció esetén is hatásos.

HATÓANYAG: 6,25 g béta-galactosidasum (25 g-os) üvegenként.

JAVALLATOK:

- primer laktóz-intolerancia,
- primer laktóz-malabszorpció,
- szekunder laktóz-intolerancia (akut, ill. krónikus enteritisek utáni állapotok, diarrhoea),
- szekunder laktóz-malabszorpció megelőzése (monoszimptomás diarrhoea, akut dyspepsia, gastrectomia és bélresekció utáni állapotok),
- koraszülöttek „fiziológiás” erjedéses dispepsiája.

ADAGOLÁS

Felnőtteknek: az elfogyasztott tej, ill. tejtermék mennyiségétől függően változik. Egy lesimított mokkáskanál kb. 500 mg készítményt tartalmaz, ez a mennyiség 100 ml tej laktóztartalmának (5 g) elbontására alkalmas.

Csecsemőknek: és kisdeteknek:

Anyatejes táplálás esetén: az egyszeri szopott tej mennyiség 100 ml-éhez egy csapott mokkáskanálnyi szükséges, amelyet kevés langyos teában oldva, szoptatás közben kell beadni.

Tápszerezés: a forgalomban levő Robébi A, Robébi B, Robolact, Linolac és Mildibé tápszerekből az egyszeri étkezéskor elkészített, megfelelő hőmérsékletre lehűtött tápszeroldatban — figyelembe véve a tápszerek tartalmát — a következő mennyiségű Galantase port kell elkeverni.

Robébi A, Robébi B és Robolact esetén: 100 ml tápszeroldat elkészítéséhez szükséges 3 lesimított adagolókanálnyi tápszerporhoz egy lesimított mokkáskanállal;

Linolac és Mildibé esetén: 100 ml tápszeroldat elkészítéséhez szükséges 2,5 adagolókanálnyi tápszerporhoz 1 púpozott mokkáskanállal.

Feles tej, kétharmados tej, háromnegyedes tej elkészítésekor: 100 ml tehéntejhez, a kiegészítő langyos vízmennyiségben 1 lesimított mokkáskanál, 100 ml feles tejhez 1/2 lesimított mokkáskanál, 100 ml kétharmados és 100 ml háromnegyedes tejhez 1 lesimított mokkáskanál Galantase port kell a hígításhoz használt langyos vízben feloldani.

SZONDATAPLÁLÁS: a szondatáp laktóztartalmának 10%-át kitevő mennyiségű Galantase port kell adni, langyos vízben feloldva.

MELLEKHATÁS: Emelygés, hányinger, hányás.

FIGYELMEZTETÉS: Csak 50 °C-ot meg nem haladó hőmérsékletű folyadékokban (víz, tea, tej) szabad elkeverni, mert magasabb hőmérsékleten az enzim inaktívulódik. Az oldat nem tárolható. Por alakjában hideg helyen (hűtőszekrényben) tartandó. Étkezés közben kell bevenni.

MEGJEGYZÉS: ✱ Csak vényre adható ki egyszeri alkalommal. A kezelőorvos kizárólag a feltüntetett regionális központok* által megállapított laktóz-intolerancia esetén, a központok javaslatára, 14 éves korig térítésmentesen rendelheti. Felnőttkorban történő rendelkezése a későbbiek során kerül szabályozásra.

*** REGIONÁLIS KÖZPONTOK**

az Orvostudományi Egyetem Gyermecklinikái;

a Fővárosi Tanács László Kórháza II. sz. Gyermekosztálya;

a Fővárosi Tanács Helm Pál Gyermekgyógyászati-Rendelőintézete;

a Fővárosi Tanács Budai Területi Gyermekgyógyászati-Rendelőintézete;

a Baranya megyei Tanács Gyermekgyógyászati-Rendelőintézete;

a Borsod-A.-Z. megyei Kórház-Rendelőintézete, Gyermekgyógyászati Központ;

a Vas megyei Tanács Markusovszky Kórház-Rendelőintézete, Gyermekosztály;

a Városi Tanács Kórház-Rendelőintézete, Dunaújváros, Gyermek-Fertőző osztály;

GASTROENTEROLÓGIAI RENDELÉSEI.

TERÍTÉSI DÍJ: 25 g 46,70 Ft.

FORGALOMBA HOZZA:

Egyt Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest

a Tokyo Tanabe Co. Ltd. licence alapján





AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS
FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

124. ÉVFOLYAM 20. SZÁM 1169—1232 OLDAL

BUDAPEST, 1983. MÁJUS 15.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 600,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 12,— FT

Quarelin®

tabletta

SPASMOANALGETICUM

Az összetett hatóanyagú Quarelin tablettá egyesíti a fájdalomcsillapító és hőcsökkentő novamidazophenum, a központi izgató és értonizáló coffeinum és az erek görcsét oldó drotaverinum hydrochloricum előnyös hatásait.

ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 40 mg drotaverinum hydrochloricum, 60 mg coffeinum és 400 mg novamidazophenum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

Féjfájás, elsősorban migraines roham. Hatásosnak bizonyult elsősorban az érgörcsből eredő – a szakásos fájdalomcsillapítókkal nem szüntethető – igen heves fejfájás és egyéb eredetű fejfájások megszüntetésére is.

ADAGOLÁS

Átlagos adagja felnőtteknek naponta 2–3-szor $\frac{1}{2}$ –1 tablettá.

MELLÉKHATÁS

Mellékhatásként amidazophenum származékokra érzékeny betegeknél előfordulhat allergiás reakció.

FIGYELMEZTETÉSI

Tartós adásakor – különösen az idősebbek esetében – a vörösvérsejt-szám időnként ellenőrizendő.

CSOMAGOLÁS

10 tablettá Térítés 2,50 Ft.

MEGJEGYZÉS

✱ Vény nélkül egy alkalommal legfeljebb a gyári csomagolás, vagy annak megfelelő mennyiség adható ki.

Lejáratli idő: 3 év.

CHINOIN, BUDAPEST



ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS
1897-ben

*

Szerkesztő bizottság:

ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BRAUN PÁL DR.
ECKHARDT SÁNDOR DR.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
OZSVÁTH KÁROLY DR.
PETRI GÁBOR DR.
PETRÁNYI GYULA DR.
RÁK KÁLMÁN DR.

*

Felőlős szerkesztő:

TRENCSENI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

PAPP MIKLÓS DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
BTAGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.
BUDA BÉLA DR.
HONTI JÓZSEF DR.
VÉRTES LÁSZLÓ DR.
HIDVÉGI JENŐ

*

124. ÉVFOLYAM

*

20. SZÁM

*

1983. MÁJUS 15.

TARTALOMJEGYZÉK

Ringelmann Béla dr.:

A malária betegség újjáéledése 1171

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Láng István dr., Chen Shao-hsien dr.
és Peter Lydyard dr.:

Cyclosporin A hatása emberi limfociták
antitest-dependens és természetes
citotoxicitására 1181

GENETIKAI TANULMÁNYOK

† Botond Csaba, Kelemen József dr.
és Czeizel Endre dr.:

A situs inversus öröklődése 1185

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Ságodi László dr. és Kiss Ákos dr.:

Appendicitist követő adnexitisek
gyermekkorban 1193

A GYAKORLAT

Bagi István dr. és Balás Gyula dr.:

A cervicofacialis actinomycosisról 1197

HORUS

Juhász Gyula betegségtudata 1205

id. Imre József 1208

Wittelshöfer Lipót 1208

A Röntgen Múzeumban 1209

A TMB hírei 1210

Folyóiratreferátumok 1213

Könyvismertetés 1227

Hírek 1229

Pályázati hirdetmények 1231, 1232

PHENYLBUTAZON *tabletta*

ÖSSZETÉTEL 1 tabletta 200 mg phenylbutazonumot tartalmaz.

JAVALLATOK **Felnőtteknek:** Reumatológia: Reumatikus eredetű gyulladás: polyarthritis chronica progressiva, synovitis, spondylarthritis, ankylopoetica (Bechterew-kór).
Degeneratív reumatizmus: arthrosis, spondylosis, spondylarthrosis. Extraarticuláris reumatizmus: fibrositis szindróma, myalgia, polymyalgia rheumatica, lumbago, bursitis, tendovaginitis.
Traumatológia és sebészet: gyulladással járó állapotok, distorsio, contusio, luxatio, fractura.
Oto-rhino-laryngológia: prae- és postoperatív fájdalom, gyulladás.
Gynecológia: adnexitis, salpingitis, parametritis.
Urológia: urogenitális szervek műtéti előkezelése, gyulladás (kemoterápia mellett).
Adjuvánsként: epididymitis, prostatitis, urethritis, cystitis.
Angiológia: thrombophlebitis, lymphangitis.
Ophthalmológia: posttraumatikus és postoperatív gyulladás, keratitis, iridocyclitis.
Radiológia: malignus tumorok sugárkezelése okozta gyulladás.

ELLENJAVALLATOK Rítmuszavarok, vitium cordis, myopathia cordis chronica, pirazon érzékenység, vese- és májbetegségek, gyomor- és nyombélfekély, vagy azokban az esetekben, amikor a beteg anamnézisében gastrointestinális gyulladás, súlyos vagy perzisztáló dyspepsia szerepel. Odémakézség, ödéma fellépte, vérképző szervek megbetegedései (leukopenia, thrombocytopenia, anaemia). Hipertónia, pajzsmirigy-diszfunkció, a gyógyszer iránti érzékenység. A fenilbutazon átjut a placentán és kiválasztódik az anyatejben, ezért laktáció és terhesség idején általában ellenjavallt, különösen az első trimeszterben mérlegelni kell a kezelés kockázatát és az elérhető hatást.

ADAGOLÁS Szokásos kezdeti adagja kortól és általános állapottól függően napi $3 \times \frac{1}{2}$ –1 tabletta (300–600 mg) étkezés közben. Tartós kezelés során a napi adag általában 200 mg, de a 400 mg-ot ne haladja meg.

MELLÉKHATÁSOK Ulceratio, gastrointestinalis vérzés, abdominalis diszfunkció, gastritis, epigastrikus fájdalom, vérképző szervek működésének zavara (agranulocytosis, aplastikus anaemia, thrombocytopenia, leukopenia), folyadék- és só-retentió, allergiás reakciók.

KÖLCSÖNHATÁSOK **Kerülendő az együttadás:**
– barbiturátokkal (hatását a fenilbutazon növelheti),
Óvatosan adandó:
– orális antidiabetikumokkal (hypoglikémia veszélye),
– antikoagulánsokkal (antikoaguláns hatásnövekedés),
– szalicilátokkal (mellékhatások összegződhetnek; urátretenciót okozhat, ezért a köszvény manifesztálódhat).
– fenitoinnal (szérumszintje emelkedik),
– penicilinnel, szulfonamiddal (hatásfokozódás).

FIGYELMEZTETÉS A kezelés kezdeti időszakában a vérkép, thrombocytaszám, vizelet és májfunkció hetente, majd tartós kezelés esetén havonkénti ellenőrzése javasolt.

Gyermekgyógyászati alkalmazása csak 7 éves kor felett, kivételes esetekben kórházban állandó orvosi felügyelet mellett lehetséges.

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest

A malária a világon a legelterjedtebb betegség. Bár Európából, Amerikából és más országokból sikerült kiirtani, ma kb. 1620 millió ember él középestől súlyosan fertőzött területen. Az utolsó években a légi forgalom emelkedésével a maláriabetegek száma hazánkban és más országokban emelkedik. Részen a trópusokról jövő diákok vagy más egyének, részen a turisták hozzák magukkal a betegséget. A malária fajai közül a *Pl. falciparum* a leg-súlyosabb és olykor halált hozó betegség. A paraziták a szervezet védekező mechanizmusai előtt „el-rejtőznek” a vvt-kbe és ott növekedésnek indulnak, és később kiszabadulva asexualis vagy bise-xuális alakban vannak a vérben. Az asexualis alakok újabb és újabb vvt-eket fertőznek, a bise-xuális alakok (gametocyták) a szúnyog csípésével jutnak az emberbe. Modern immunológiai próbákkal sikerült a paraziták antigén szerepének kimutatása és utólagosan bizonyítható a feltételezett parazitafer-tőzés. Legújabbban monoclonális antitestekkel talán alkalmunk lesz széles kiterjedésű immunizáció al-kalmazására. Jelenleg azonban csak vektor kont-rollal és chemoterapeutikumokkal küzdünk a ma-lária ellen. A *Pl. falciparum*ok chloroquinra érzé-keny és azokra resistens chemoterapeutikumokat soroljuk fel, amelyek alkalmasak a malária leküz-désére. A maláriaellenes küzdelemben diagnosztí-kailag legfontosabb a vérkenet megtekintése és a paraziták felismerése.

Renascence of malaria. Malaria is the most wide-spread illness in the world. Despite its successful eradication from Europe, America, and other countries, 1620 million people are living in ende-mic areas of medium or high risc. The number of patients suffering from malaria has been increased during recent years both in Hungary, and other countries as a consequence of growing air trans-plantation. Students, or other persons tropical areas, and tourists may import the infection. The most severe sometimes lethal disease is caused by the species *Pl. falciparum*. Parasites are hidden from the defense mechanisms of the organism within erythrocytes, where multiplied they invade the blood as asexual, or bisexual forms. Asexual forms, infect progressively new erythrocyte popu-lations. Bisexual forms (gametocytes) get into the organism by a mosquito-bite. Modern immunologi-cal techniques revealed antigenic potency of the parasites, and verification of the supposed infec-tion became possible. Recently developed monoclo-nal antibodies will probably bring about the intro-duction of wide-spread immunization. Neverthe-less, mosquito control, and chemotherapy are at present only available against malaria. Che-motherapeutics are listed, which may be used for the treatment of *Pl. falciparum* sensitive to, or re-sistance to chloroquin. The blood smear, and the recognition of parasites are at present the most important tools in the diagnostics of malaria.

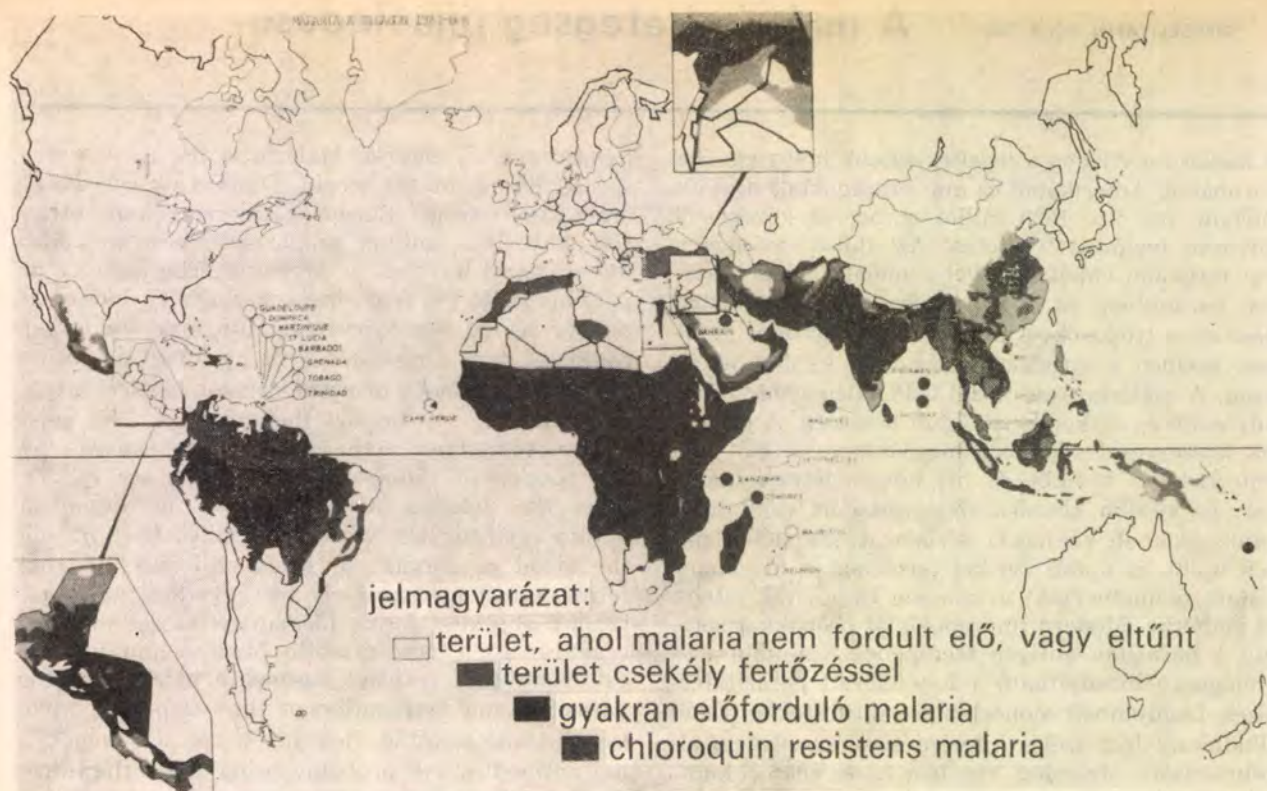
A malária a világon a legelterjedtebb beteg-ség: a WHO adatai szerint földünkön 1620 millió ember él, akik szúnyogoktól maláriával középestől súlyosan fertőződhetnek (1). Egyes országokban a malária időszakosan fellobban (pl. Pakisztánban, Punjab tartományban minden 8 évben) (2), másutt stagnál vagy romlik. A WHO megállapítása szerint Afrikában 1979-ben, 31 országból 5 millió 800 ezer bejelentett beteg volt, kb. annyi, mint a korábbi években. Közép-Amerikában a romló állapotok miatt a helyzet súlyosbodott. Dél-Amerikában a megbetegedések száma kissé növekedett: Braziliá-ban 122 000-ről 148 000-re emelkedett, Ecuador-ban, Surinamban és Venezuelában ugyancsak progrediált a betegség. Délkelet-Ázsiában az utolsó 6 évben az állapotok romlanak: 1972-ben a bejelen-tett esetek száma 2 millió, 1979 és 1980-ban éven-ként 5 millió körül van. 1978-ban 6 különböző vi-lágrészben 13,7 millió ember volt maláriás és ebben Afrika, a hozzánk legközelebb eső kontinens 42%-ot tesz ki. Kínából 1979-ben 2,380 ezer, 1980-ban 3,300 ezer esetet jelentettek (3). Az 1. ábra mu-tatja a malária elterjedését a világon.

Mahler, a WHO igazgatója szerint 1979-ben Afrikában 1 millió öt éven aluli gyermek pusztult

el váltólázban, Gilles szerint azonban az egész vi-lágon 2,5 millióra tehető a maláriában elhalálozott gyermekek száma (3). Ez utóbbi adatok amellelt szólnak, hogy a hivatalos bejelentések messze a va-lóságban előforduló esetek alatt vannak.

Az utolsó évtizedekben Európában és Ameri-kában a fokozódó légi közlekedés siettetette a beteg-ségek behurcolását. 1980-ban a légi utasok száma 900 millió, ebből 1978-ban 259 millió, 1979-ben 270 millió turista vett részt (4). Svájcban az utolsó 10 évben megháromszorozódott a turisták száma (5). Az utasok egyre jobban ki vannak téve a trópuso-kon előforduló betegségeknek, így pl. maláriának. Nem hanyagolható el a földi közlekedés sem: az épülő új utakon nagy tömegű, trópusokról jövő egyének utaznak fejlett országokba. Magyarorszá-gon például számos vendégmunkás „autózott” Tö-rökországból Németországba, magukkal vive *Pl. vi-vaxot* és egyéb maláriás kórokozót. Hasonlóképpen a hajózás ugyancsak nagy tömegű utast szállít, pl. váltólázban egyének utaznak Indiából hozzátarto-zóikhoz Angliába, az egykori világbirodalom köz-pontjába.

A legtöbb légi utas, aki szakmai, gazdasági, közgazdasági vagy üdülési célból távoli országokba utazik, írásbeli vagy szóbeli figyelmeztetést kap a malária elleni prophylaktikus gyógyszer szedésére.



1. ábra.

Ha azonban hazájába visszatér, „elfelejti” a gyógyszer szedését és nem is gondol rá, milyen országokba járt, volt-e ott malária, sárgaláz, cholera és éli tovább otthoni életét, nem gondolva az esetleg magában hordott egzotikus betegség kórokozóira.

A malária megjelenése nagyon változó: leggyakrabban lázzal és hidegrázással jár együtt („fázás, magas láz, izzadás”), de enélkül is előfordulhat. A *Pl falciparum*, vagyis trópusi malária, elhúzódó lázzal jár, ritkán hasi tünetek fordulnak elő és appendicitis gyanújával műtétre kerül a beteg. Előfordul a choleriform, hasmenéssel járó forma és a cerebrális maláriában eszméletvesztéssel járó coma; nephropathiánál oliguria és emelkedett carbamid-nitrogén, biliáris maláriánál hányás és a bőr megsárgul stb. Magyarországon az utóbbi években lassan és fokozatosan emelkedik a maláriás betegek száma. Elsősorban repülőgéppel ideutazó egyének: diákok, szakterületen dolgozók, mesterségükbe beletanuló személyek hozzák magukkal vagy inkább *magukban* a parazitát (6, 7). (1. táblázat).

A malária mint fertőző betegség bejelentésre kötelezett, azonban ismerve a bejelentés mulasztásait, csak a budapesti László-kórházra lehet adatforrásként tekinteni. Más a helyzet a nem Budapesten lakókkal, akik közül jó néhányan szakmai okokból vagy üdülési célból repülnek az utolsó években maláriás területekre. Néhány hónappal ezelőtt e sorok írója vidéki városban találkozott egy fertőző beteggel, akit „toxikus influenza”, „encephalopathia” gyanújával diagnosztizáltak, volt, aki azonban „trópusi láznak” minősítette a betegségét. Az egyén két héttel korábban tért vissza Nigériából, ahol rokonait látogatta. Nagyobb lépe és

mája volt, elesett, gyenge állapotban volt és hallucinációi is voltak. Megvizsgálva és kikérdezve a beteget, a vérben *Pl falciparum*-ot találtunk és javaslatunkra azonnal Delagil (a magyar chloroquin) tablettát adtunk. Két nap alatt a beteg láztalanra vált és négy nap alatt meggyógyult. Vajon ki foglalkozik ezekkel a betegekkel? Az oktatásunkból fokozatosan eltűnik a malária, és a velük való foglalkozás lassan kimarad az orvosok felkészítéséből. A kórteremben vagy a boncasztalon a vvt parazitológiai vizsgálata elmarad és nem alkalmazzák az újabb immunológiai tesztek sem, vagyis a betegséget fokozatosan negligálják.

Magyarországon 1969–81 között 107 beteget jelentettek, ebből kétharmad külföldi, egyharmad magyar. A magyarok betegségüket Maliból, Ghánából, Nigériából, Tanzániából, Irakból, Mozam-

1. táblázat Maláriás esetek 1978–81-ben

Állam	1978	1979	1980	1981
Egyesült Államok	480	839	2000*	—
Franciaország	535	99*	111*	—
Német Szöv. Közt.**	534	486	—	—
Német Dem. Közt.	18	22	19	—
Olaszország	243	162	176	—
Anglia	1909	2053	1670	—
Románia	17	13	12	—
Szovjetunió	408	399	386	—
Magyarország	8	13	6	34***

* Előzetes számok, végső adatok ismeretlenek.

** A Törökországból beutazók száma is benne van.

*** 16 magyar egyén közül 13 kamionvezető, 3 afrikai magyar szakértő, 18 külföldi. A megbetegedettek közül 12 *Pl falciparum*.

bikból, Iránból és Indiából hozták. A legsúlyosabb eset egy halálos fertőzés volt: 1980-ban egy magyar állampolgárnő, 24 éves magyar asszony maláriás területen terhessege alatt elhagyta a maláriaellenes gyógyszer szedését, majd egy idő után hazajött. Hazatérése után 10 nappal megbetegedett, eszméletlen állapotba került, beszállították a László-kórházba. Itt két napig ugyancsak eszméletlenül volt, majd meghalt. A beteg vérmintájában *Pl falciparum*ot találtak, a halál oka: agyduzzanat és agyi beékelődés volt (7).

Vannak azonban különleges esetek, ahol a repülőgépek hozzák magukkal a plazmodiumot: Franciaországban 6, Belgiumban 2 egyén, de ugyancsak Hollandiában és Zürichben is megbetegedtek a repülőtéren szerelő munkások (8, 9). Érdekes volt a *Pl falciparum* terjedési ideje: Franciaországban a behurcolt betegek közül egy hónap alatt 89% és három hónap alatt 11% betegedett meg (6), Amerikában az első 30 napban 47% és 6 hónap múlva 93% volt maláriás.

A maláriaellenes kezelésnek két alapvető feltétele van: a beteg közölje az orvossal, hogy az elmúlt két hónapban a világ mely táján járt, másodsor az orvos ismerje a malária tüneteit és a gyógykezelés feladatait. Váltóláz területen a malária okozta halálán kívül számos gyermek pusztul el olyan betegségben, amely társul a kórképhez. Így pl. a halál oka: morbilli, pertussis, nem is beszélve a kwashiorkorról és közönséges influenzáról. A *Pl falciparum* emberen kívül csak egy majom, az *Aotus trivagatus*ban tenyészik, a csimpánz, gibbon nem fogékonyak. Ha azonban az állat lépet kiirtják, más majomfaj is fogékonyvá válik a parazitára és ez mutatja, hogy a lép kiküszöbölő vagy visszatartja a kórokozókat.

A malária fajai

A malária életműködésének megismerése az utolsó 102 évben, amióta Laveran felfedezte a kórokozót (10) és Ross a vektorát (11) fokozatosan haladt és ma már igen sok részletet ismerünk. A *Pl. ovale*, *vivax* és *falciparum* lappangási ideje 13–15 nap, a *Pl. malariae*-é 1 hónap. E sorok írója visszaemlékezik egy betegre, aki a II. világháború idején *Pl. malariae*-t szerzett. Tizennégy évvel hazatérése után teljesen rendezett állapotban jelentkezett a roham: hidegrázás, láz, a lép megnagyobbodott, mája tapinthatóvá vált és közepesen elesett állapotban volt. A beteget alaposan kikérdeztük és vérében *Pl. malariae*-t mutattunk ki. Az akkor használatos Atebrint (accridin) adtuk és a beteg néhány nap alatt lázlatanná vált. Érdekes volt, hogy 5 év múlva kiújult a betegség. A maláriás attack — kivéve a *Pl. falciparum*ot — a legtöbb esetben súlyos, de nem öli meg a beteget.

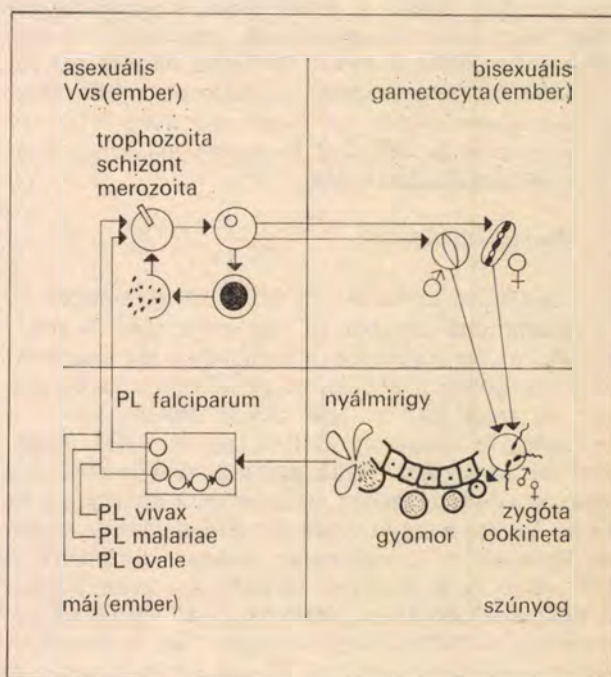
Más a helyzet a *Pl. falciparum* esetén. A lázas állapot nem jellemző, nincs olyan rossz állapotban a betegség kezdetén. Előfordul, hogy nem megy orvoshoz és „lázás influenzának” tartja a betegségét. Nem jellemzők a harmadnapos lázrohamok, mert ingadozó vagy emelkedő lázzal jár együtt. Később a háromnapos lázroham gyakori (tertiana malignum) és maláriás vidéken a „külföldiek”, gyermekeket és felnőtteket megtámadhatja és halálos is lehet. A parazita veszélyt jelent olyan egyének számára is, akik rövidebb időt, vagy csak pár órát töltenek maláriás területen (pl. légi utasok). A szerző visszaemlékezik két egyénre: egy indiai WHO-szakértőre, aki országa nem maláriás területéről érkezett Ghanába és váltólázellenes gyógyszert nem szedett. A másik egy jugoszláv tengerész, aki a nyugat-afrikai partok mentén hajózott, gyógyszereszedés nélkül. Mindkettőt eszméletlen állapotban hozták a Ghanai Egyetem Belklinikájára és megállapították, hogy *Pl. falciparum* eredetű cerebrális maláriában szenvednek. Agnyomást csökkentő lumbalpunkciókat és chinint és az újabban sokat vitatott mellékvese-kéreghormonokat adták (12), de mindket-

ten belehaltak a betegségbe. Valószínűleg ugyanebbe halt bele honfitársunk is.

A *Pl. vivax* és *Pl. falciparum* együttesen is előfordulhat, de *sohasem az Afrikából jövő betegeken*, mert Afrikában nincs *Pl. vivax*. Előfordulhat Indiából, Sri-Lankából, Malayából érkező egyénekben. A *Pl. falciparum* késői következményekkel járhat együtt, ha krónikus maláriás területekről érkeznek. Abortus és sterilizáció nem ritka és a beteg fizikai állapota cahexiában nagyon gyenge, közepesen vagy súlyosan anaemiás, a lép megnagyobbodott és a bőr színe pigmentált. A *Pl. falciparum* fertőzhet minden szűnyogsípésnek kitett egyént, aki holo- vagy mezoendemiás területen él. Míg azonban antimaláriás tablettát szedő egyénekre nem hat (terhes nőkre, 2–4 éven aluli csecsemőkre stb.), mert farmakológiai úton a parazita elpusztul, addig gyógyszer szedése nélkül a felnőttek és gyermekek állandóan ki vannak téve a *Pl. falciparum* fertőző hatásának.

A malária fejlődése

A 2. ábra mutatja a malária asexuális és bisexuális fejlődését. Az asexuális alakok közül a gyűrű alakok (trofozoiták), a szemcsés alakok (schizontok) és a belőlük keletkező és a vérbe kerülő merozoiták fertőzik a vvt-eket. Bisexuális vagy exogén formában a schizogonium egy része gametocytákká alakul „férfi” és „női” alakot vesznek fel; nem ismeretes, hogy milyen körülmények szabják meg, hogy a merozoita asexuális vagy bisexuális alakba menjen át. A gametocyták nem osztódnak emberben, csak a szűnyog gyomrában és kifelé haladnak a gyomor külső fala felé. A *Pl. falciparum* vvt-je hosszabb, mint a normális alak, vagyis a sejt „ki van nyújtva”, hogy befogadja a parazitát. Megtermékenyülés után bejutnak a szűnyogból csípéssel az emberbe, itt néhány órás keringés után a májban telepednek le és itt folytatják exoerythrocytikus életüket és szaporodásukat. A *Pl. vivax*, *malariae* és *ovale* többször is keresztülmegy a májon, a *Pl. falciparum* csak egyszer, többször ott nem telep-



2. ábra.

szik meg (13). Néha hosszabb ideig is a szervezetben marad, de ennek helye még nem tisztázott.

A vörös vérsejtek és a paraziták

Az utóbbi években sokat fejlődött a vvt-k és paraziták kapcsolatának megismerése és ebben különösen nagy jelentőségű volt a *Trager* és *Jensen* által felismert in vitro tenyésztésnek (14). A sporozoiták kb. 1 óráig kering a vvt-el, majd receptor-ligand kötésben kapcsolódik a vvt-k falával. Kb. 20 másodperc szükséges a behatoláshoz: a parazita apicalis végén levő szervei: a gyűrű, a micronemek és a rhoptry hozzátapad a vvt-hez (15). A fertőzött vvt-ek visszavonulnak a „mély vénákba” (szív, lép, máj, csontvelő [21]), ahol a vér O_2 -tartalma csökken és megindul a sejtekben a parazita képződése (16, 17). A sejtek falán gömbszerű vastagodások („konbs”) láthatók és a sejttel leszakadva a sejtekről behatol az intracelluláris állományba és tokszerűen körülveszi a parazitát. Ebben a növekedési szakban a parazita 25–75%-át a vvt-k haemoglobin tartalmának elfogyasztja (18, 19). Eltekintve a proteolizistól, amely a haemoglobin felbontásából keletkezik, a parazita szabad aminosavat vesz fel a plazmából és önmaga is szintetizál ilyen aminosavakat (15). *Trager* és *Jensen* kísérleteikben kimutatták (14), hogyan fejlődik a schizogonium: U alakú csőben Pl falciparummal fertőzött vvt-eket helyeznek a cső vízszintes részére és tápoldattal fedik. Az O_2 -bevitel a függőleges csővön keresztül történik és azt 1%-tól 17, vagy magasabb százalékokra emelik. A vízszintes csőbe nyúló kiemelő csővön óránként vagy más időközökben kiemelhető a vvt és mikroszkóppal vizsgálható. A gametocyták kb. 10%-ban vannak a vérben, de ebben a milióban, ha ciklikus adenosin monophosphat (CMP) adnak a vvt-hez, csaknem 100%-ra emelkednek (20).

Élő emberben a fiatal vvt-k könnyebben fertőződnek Pl falciparummal, mint az idősebb sejtek (21, 22), vagyis a vvt-k fiatal kora határozza meg, hogy mikor kapcsolódnak parazitával. A malária behatolását a vvt-k felületén elhelyezett receptorokkal magyarázzák; az idősebb sejtek elvesztik rugalmasságuk egy részét, a felületi HLA antigén eltűnik és 30%-kal kevesebb galaktóze residuumot tartalmaznak (24).

Immunológia

Endémiás területen az újszülött gyermekek Pl falciparummal szemben és más parazitával is resistensek, de ez legkésőbb a 6 hónapos korban lezárul (32). Ebben a korban megtalálható a csecsemőben az anya IgG és IgM globin szintje, amely a terhesség és szoptatás alatt megy át, ezért magasabb pl. az afrikai anyák globulin szintje (25). Később az ellenanyag szint csökken és a gyermek 6 és 12 hó között nagyon érzékeny a maláriás fertőzésre. Ilyenkor a parazitaszám magas, közeledik a 100%-hoz és a klinikai fertőzés gyakran súlyos. A következő években „antitoxikussá” válhat az immunitás, a klinikai kép enyhébb, bár a paraziták száma még mindig magas. Amint az évek múlnak, a parazitaszám csökken, az immunitás „anti-plaz-

modikussá” válik és a maláriabetegség enyhül. Felnőtt emberben a parazitaszám nagymértékben csökken és csak időnként észlelhető a roham, feltehetőleg újabb schizont infekció nyomában (26).

Emberben a „védekező immunitás” maláriával szemben nem olyan biztonságos, mint amelyet bakteriális és virális infekció ellen nyerünk. Epidemiológiai megfigyelések azt mutatják, hogy évekig maláriás „környezet” szükséges ahhoz, hogy védekező immunitást nyerjen az egyén. Az IgG főleg a L (labilis) antigén ellen hat; az S (stabilis) antigén ritkán okoz antitest-választ, ha mégis jelentkezik, akkor IgG és IgM. Az L antigén ún. „jó antigén”, mert egy közösségben, amely maláriával fertőzött, mindig ki lehet mutatni. Az „S” antigén „rossz antigén”, mert súlyosabb fertőzött egyénekben fordul elő és nem elhúzódva produkál antitesteket (26).

A malária fejlődése mezo- vagy holóimmun területen

A lép jelentős szerepet játszik az immunitásban és eltávolítása rontja az immunológiai védekezést: lépkürtöttek gyermekek rövidesen agyi maláriában halnak meg. Hyperimmun területen 2–10 éves gyermekek 75%-ában nagyobb lépet találunk (13). Ez részben öröklött, részben szerzett immunitás következtében alakul.

Az immunitásnak nagy jelentősége van a hyperimmun vagy mezoimmun területen élők számára. Afrikában és más területeken egyelőre nem lehet leküzdeni a betegséget. Ilyenkor ki kell használnunk a beteg immunitásából az évek során keletkező fertőzés „védő” hatását: ha a kisgyermek lázas, annyi gyógyszer kell adni, hogy életben maradjon. A gyermek túléli a rohamot és újabb attackok túlélésével ki lehet küszöbölni a malária súlyos formáit. Maláriaellenes gyógyszert terheességben az utolsó harmadban adunk az anyának, mert így malária nélkül szüli meg gyermekét és könnyebb a táplálás és túlélés. Természetesen külföldi, nem maláriás vidékekről származó egyének terheességben is, anélkül is végig kell szedni a malária elleni gyógyszert, sőt, még a hazajövetel után is egy ideig (4 hétig). 5–6 hónapos korig a gyermeknek ne adjunk malária elleni gyógyszert.

A fertőzött egyén válasza a malária ellen

Oldható malária antigének Pl falciparum fertőzés után még a malária elleni kezelés 2–3. hetében is jelen vannak (27). Az antitestek fejlődése a vérben viszont lassan történik. A malária krónikus alakjában, pl. Pl. malariae-ban keringő antigént alig lehet a vérben találni. Ezzel szemben Pl malariae-vel fertőzött egyéneknél izotóppal jelzett IgG-vel a normálisnál nagyobb immunkomplexek alakulnak ki. Ugyanezt a tünetet rádiójóddal jelzett normál IgG-vel nem lehetett megfigyelni, vagyis Pl malariae-ban komplexeket vagy szabad malária antigént tartalmaznak (28). Az immunkomplexek szedimentációja 13 S-től 21 S-ig terjed, megjelenésüket jellemezte, hogy a desoxyribonucleinsav (DNS) nem bomlik DNS-azérra. A szérumban az antimalária-antianyagok progresszíven növekednek, malária antigének vannak jelen és a complement C3 csökken: ez mutatja malária immunkomplexek jelenlétét. Az infekció javulásával a komplexumok eltűnnek a vérből. Emberben néhány kórképben a keringő komplexumok magas

szintje figyelhető meg és a továbbiakban ezekről tárgyalunk.

A nephropathia akut és krónikus lehet. Akut esetben többnyire a PI falciparum szerepel a glomerulitis szokásos tüneteivel, az IgG és IgM complement és malária ellenanyagok kimutatásával a mesangiumban és a glomeruláris kacsokban (29). Antimaláriás kezelésre a betegség tünetei hamar gyógyulnak. Krónikus vesegyulladásban a nephrotikus syndroma dominál, amely halad a glomeruláris sclerosis és másodlagos tubuláris atrófia felé. Emberben a betegséget a PI malariae okozza és gyógyszeres kezelésre alig reagál (30). A betegséget Nigériából, Elefántcsontpartról és Ugandából költötték (31).

Fiatal gyermekeknél és nem-immun felnőtteknél agyi malária fejlődik ki, amely fatális kimenetelű lehet. A betegség okozója a PI falciparum: az ereket parazitákkal telt vvs-ek töltik ki és azokban a keringés rendkívül lelassul. Bár a neuronok nem mutatnak pathológiai elváltozást és a betegséget disszeminált vasculo-myelinopathiának tartják (32).

Az anaemia maláriában régóta ismert, azonban kialakulását nem lehetett a vvt-k parazita infékciónak és a sejtek pusztulásával megmagyarázni. A fertőzés után a vérkép csak lassan tér vissza a normális szintre és úgy tűnik, az anaemiát haemolysis okozza. Az immun antigének a gyógykezelés folyamán lassan szabadulnak fel az eltűnő parazitákat tartalmazó vvt-kból és elősegítik az immunkomplexek kialakulását és a vvt-k pusztulását (33, 34). Az ilyen „post malaria”-s anaemiában granulocytopeniát és thrombopeniát gyakran látnak.

A fertőzött egyén immunvédekezése

A splenomegáliás syndroma megtalálható Ghanában, Nigériában, Ugandában és Új-Guineában is. A lép a szokásos 5–10-szerese és malária antigének emelkedésével jár együtt. Az IgM 5–10-szeresére növekszik és a májsejtek, különösen a Kupfer-sejtek körül nagy számban vannak lymphocyták. Feltételezik, hogy a fertőzés olyan környezetben jön létre, ahol a sejtközvetített immunitás (CMI) nagy mennyiségben van jelen. Malária paraziták a vérben nem, vagy alig találhatók. A mononuclearis phagocyták főleg IgM-et tartalmaznak (immun komplexhez kötötten?) és nagyszámú elszaporodásuk okozza a splenomegáliát. Nem tudjuk azonban, hogy egyes endémiás területeken miért fejlődik a syndroma, míg máshol nem fordul elő. Hónapokig tartó Proguanil kezeléssel a beteg meggyógyítható, lépe visszamegy, anaemiája eltűnik és IgM-je lecsökken (35, 36). A splenomegália pathogenezisét még nem értjük, feltehetően *abnormális immunválasz* jön létre, amelyben a genetikának is van szerepe (31).

Az immunológiai laboratóriumi felismerése

A malária fennforgását a szerológiai vizsgálatok előtt már sejtjük vagy tudjuk, ezért az antitestek jelenléte főleg visszapillantva a betegségre ad felvilágosítást. A szerológiai pozitívítás, a nagy lép, az anaemia és nephrotikus syndroma bizonyítja a malária jelenlétét, főleg a trópusokról visszatért egyéneken (csoportok, katonaság, donorok). Voller és Houba 1980-ban átvizsgálták a maláriaellenes szerológiai vizsgálati módszereket és saját és mások

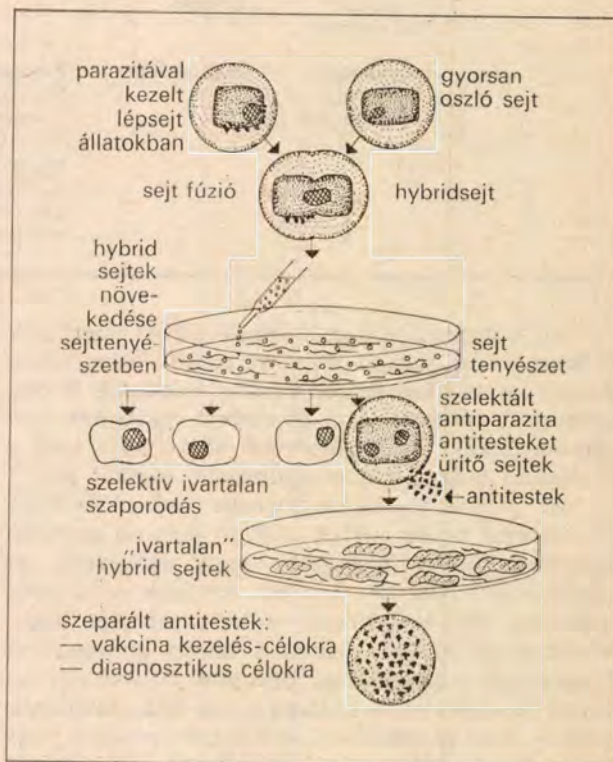
eredményeiből a következő tapasztalatok vonhatók le: (37).

Számos betegséget kísérő változás nem maláriás eredetű, *aspecifikus*, más agglutininek viszont *csatlakoznak a malária fellépéséhez*, így az IgG és IgM emelkedik, míg az IgA és IgE relative nem változnak. Bár ma már pontosan meg lehet határozni az immunglobulinokat, minimális segítséget nyújtanak a betegség felismerésében. Kivételt képez a trópusi splenomegália, ahol az IgM jelentősen emelkedik.

A specifikus maláriára jellemző tesztek alkalmasak a jelen állapot és a múltban elszenvedett malária megállapítására, de nem mondják meg, hogyan és milyen körülmények között fertőződött az egyén (38).

a) Passzív haemagglutináció (PA). A vvt-ket malária antigénnel fedjük és különböző hígításokban hozzáadjuk a vizsgálandó savókat. Az agglutinált savók „szőnyegmintát” adnak, míg az agglutináció nélküliekben gomb alakban elhelyezkedő vvt-k összefolynak a lemez alján. Bár a próba igen egyszerűen látszik, lényeges szempont a jó és pontos leolvasás.

b) Indirekt immunfluoreszcencia (IFA). A savó hígításait hozzáadjuk a maláriás vvt-kel, amelyeket előbb fluoresceinnel kezeltek. Keneteket készítenek a keverékből és az utolsó kenet, amelyik fluoreszkál, megadja a tényleges eredményt. A próba sok pontosságot igényel, de széles körben alkalmazható és jó eredményt ad (39).



3. ábra.

Hybridoma, másképp monoclonális antitestek készítése: egereket parazitával fertőznek és a lép sejtjei antitesteket termelnek. E sejteket más sejtekkel (pl. myeloma multiplex) hozzák össze, vagyis hybridizálják, s sejtek élnek és szaporodnak. Így módon egyes antigének („clonok”) állíthatók elő.

2. táblázat A malária gyógyszeres kezeléséről

Indikáció	Gyógyszer neve	Prevenció		Kezelés		Megjegyzés
		Felnőtt	Gyermekek	Felnőtt	Gyermekek	
Pl. vivax ovale malariae falciparum (Kivéve: chloroquin resistens törzseket)	Chloroquin- foszfát (Delagil, Tindurin Arlen, stb.)	500 mg/hét 300 mg/hét	2 éves kor: 50—100 mg/hét 3—6 éves kor: 100—200 mg/hét 7—10 éves kor: 100—200 mg/hét	1 gr, majd 500 mg 6 óra múlva, 500 mg 2 nap	2 éves kor: 100 mg, majd 75 mg 2 nap 3—6 éves kor: 150 mg 2 nap majd 150 mg 2 nap 7—10 éves kor: 150 mg 3 nap 150 mg 2 nap	1 héttel utazás előtt, vissza- térés után 4 hétig
	chloroquine szulfát	500 mg/hét 300 mg/hét	2 éves kor: 50—100 mg/hét 3—6 éves kor: 100—200 mg/hét 7—10 éves kor: 100—200 mg/hét	1 gr, majd 500 mg 6 óra múlva, 500 mg 2 nap	2 éves kor: 100 mg, majd 75 mg 2 nap 3—6 éves kor: 150 mg 2 nap majd 150 mg 2 nap 7—10 éves kor: 150 mg 3 nap 150 mg 2 nap	1 héttel utazás előtt, vissza- térés után 4 hétig
	proguanil (Paludrin)	200 mg/nap	2 éves kor: 25—50 mg/nap 3—6 éves kor: 50—75 mg/nap 7—10 éves kor: 100 mg/nap	—	—	1 nappal az utazás előtt, visszatérés után 4 hét
	pyrimethamin (Daraprim)	25—50 mg/hét; terhes nők: 2×1—4×1/hét	2 éves kor: 6,2—12,5/hét 3—6 éves kor: 12,5—25/hét 7—10 éves kor: 12,5—25/hét	—	—	1 héttel utazás előtt, vissza- térés után 4 hétig
	pyrimethamin +dapson (Maloprim)	12,5+100 mg hetente	—	—	—	1 héttel utazás előtt, vissza- térés után 4 hétig
	amodiaquin hydrochl. (Camoquin)	400 mg/hét	2 éves kor: 50—100 mg/hét 3—6 éves kor: 100—200 mg/hét 7—10 éves kor: 100—200 mg/hét	600 mg, majd 400—600 mg 2 nap	2 éves kor: 100 mg, 2 nap 150 mg 2 nap 150 mg 2 nap 7—10 éves kor: 150 mg 4 nap	1 héttel utazás előtt, vissza- térés után 4 hétig

c) Indirekt haemagglutináció (IHA). Megfelelő előkészítés után maláriával fertőzött Aotus trivagatus majom vagy ember vvt-eket feloldunk és összekekszünk birka vvt-kel és emberi maláriára gyanús savókkal. Az agglutináció titere adja meg a maláriára indirekt haemagglutináló értékét (40).

d) Jelzett immunoabsorbens próba (ELISA). Parazitával kezelt vérből oldható malária antigént nyerünk (Aotus trivagatus vagy embervér) és plazmatikcsőbe visszük. A csövet lefedjük és 12 óráig szobahőn állni hagyjuk, ilyenkor az antigén beszívódik a cső falába. Ezután a csövet kimossuk és hozzáadjuk a vizsgálandó szérumot. A savó egy bizonyos antitest része kötődik a cső falán levő antigénhez. Ezután enzimmel kezelt (phosphatase vagy peroxydase) antihumán globulinnal inkubáljuk, majd a csövet kimossuk és olyan enzim szubsztátot adunk a csőhöz, amelynek színváltozása követi az antigén—antitest kötődést (ortho-phenylendiamint, OPD, vagy p-nitrophenyl phosphatot, PNP). Fotometerrel 405 vagy 492 nm-nél meghatározzuk a szín változását és ebből kiszámítjuk az antitestet.

A próba lényege az antigének és enzimek tisztasága. Újabb módosítások azt mutatják, hogy az ELISA próba igen alkalmas a lezajlott Pl falciparum felismerésére. A reagens radiojóddal történő anti-globulin mérésére is felhasználható (41).

Miért nem vakcinálunk malária ellen?

Egyelőre nincs olyan anyag, amely Pl falciparum ellen gyermekeket, terhes nőket és súlyosan fertőzött egyéneket biztosan védene (42). A malária komplex változáson megy keresztül a szervezeten belül és kívül és egyelőre még csak kísérletekben számolhatunk be arról, hogy milyen eljárások lehetnek később használatosak.

Önként vállalkozó egyéneket megcsipettek Pl falciparumot felszívott szúnyogokkal, azonban a csípés előtt röntgennel besugározták a rovarokat. Ezután nem besugárzott, vagyis infekciót okozó szúnyogokkal csipették meg ugyanazokat az egyéneket. Az előzetesen IFA negatív egyének nem betegedtek meg sem az első, sem a második szúnyog

3. táblázat **Chloroquinra resistens malária gyógyszeres kezelése**

Indikáció	Gyógyszer neve	Prevenció		Kezelés		Megjegyzés
		Felnőtt	Gyermek	Felnőtt	Gyermek	
Chloroquinra resistens malária ellen.	chinin szulfát + pyrimethamin	—	—	650 mg/10–25 3 napig	10–20 mg/kg 3×naponta 10 napig	Gyermekeknek csak 20 mg. Felnőtt: 2 órás Gyerm.: 4 órás infúzió Lassan ürül a szervezetből
Chloroquinra resistens malária ellen	sulfadoxin (Fansil)	±*	0,5 gr/hét	1,5 gr + pyrimethamin 50 mg	0,5 gr/hét	
Chloroquinra resistens malária ellen	sulfadiazin + pyrimethamin	2 tabl/hét	±*	500 mg/5 nap	100–200 mg naponta + pyrimethamin 12,5 2 nap	Ha lehet, kerüljük
Chloroquinra resistens malária ellen	pyrimethamin + sulfadoxin (Fansidar)	1 tabl/hét	4 éves kor: 1/4 tabl. 5–8 éves kor: 1/2 tabl. 9–12 éves kor: 3/4 tabl.	2–3 tabl. (egyszer)	±*	—
Chloroquinra resistens malária ellen	Fansidar + chinin	—	—	igen hatásos!	±*	—
Chloroquinra resistens malária ellen	chinolin-methanol (Mefloquin) + chinin	—	—	igen hatásos!	±*	—

*-gal jelzettekről nincs pontos adat.

csípésére, mert immunizálva voltak. Ezek az egyének azonban *Pl vivax*-szal rögtön fertőződtek (43). Egyelőre röntgennel besugárzott vektor működése még nem alkalmas széles körben való használatra.

A vakcinafejlesztés a jövőben három új fejlődési irányba halad: a) a parazita *in vitro* is tenyészthető és életműködését sokkal jobban tanulmányozhatjuk, mint 5–6 évvel ezelőtt, b) az újabban felfedezett hybridoma technika és c) specifikus antigént nagy adagokban állítanak elő „genetic engineering” segítségével (42). Az első és harmadik pontban foglaltakkal most nem foglalkozunk, de a hybridoma az utolsó 2 évben igen jelentősen fejlődik. A sejtfúziós technikát Köhler és Millstein 1975-ben közölték (44), a módszer lényege: immunizált maláriás anyagból (plasmocytomával) antimaláriás szérumot állítanak elő, amely alkalmas az antigén–antitest reakció bizonyítására (3. ábra). A monoclonális antitest, vagy hibridoma módszerrel ki lehet mutatni, hogy egyes antigének milyen pontokon hatnak. Ha ez az eljárás sikeres, „genetic engineering” segítségével nagy tömegben antimaláriás vakcinát lehet majd termelni. Egyelőre azonban mono- vagy polyvalens vakcina + vektor kontrollal és chemotherapeutikumokkal küzdünk a malária ellen (45).

Gyógyszeres kezelés

Pelletier és Caventou 1820-ban bevezették a malária chininsókkal való kezelését és ez fordulatot jelentett az eddig nagyon súlyos kórkép kezelésében. Az accridin származékai (Atebrin, Quinacrin) csak nagyon rövid szerepet játszottak a második világháborúban, amikor a németek ezekkel a gyógyszerekkel kezelték a maláriás vidéken harcolókat. Megállapították, hogy az accridin felhalmo-

zódik a májban és leukocytákban és nincs szerepük a gametocyták parazitamentessé tételében (13).

Antimaláriás gyógyszereket különösen a *Pl falciparum* esetén azonnal alkalmazni kell, mielőtt a parazitát sikerült a vérben kimutatni. Még akkor is alkalmazzuk maláriás vidéken a gyógyszert, ha valamilyen okból nem sikerül a parazita kimutatása, de a beteg gyanús váltólázra. Az „egyszerűbb” parazitákat, mint *Pl vivax*, ovale, *malariae* chloroquinnaal lehet kezelni és erre meg is gyógyulnak. A chloroquin magyar neve Delagil vagy Tindurin alkalmazása eredményes a *Pl falciparum* ellen is, adható perorálisan, intramusculárisan és intravénásan. Csak az 1960-as évek végén derült ki, hogy egyes ázsiai és latin-amerikai országokban chloroquinra resistens törzsek vannak. Részben ez a körülmény, részben pedig az az újabb tény, hogy eddig chloroquinra mindig érzékeny afrikai országokban is felmerült a resistens malária (46), újabb gyógyszerek kerültek forgalomba; a kezelésre a 2-es és 3-as táblázatok felvilágosítást adnak.

Anélkül, hogy az egyes gyógyszerek hatásmechanizmusáról beszélnénk, érdemes szólni arról, hogy a chloroquin kapcsolódik a purin bázisok adenin és guanin-jához és ezzel megakadályozza a nucleinsav-képződést. A chinin és Primaquin ehhez hasonló, de a DNS más pontján kötődik és így nem jön létre a nucleinsavképzés. A Proguanil és Maloprim a dihydrofolát redukciósához kapcsolt, sokkal szorosabban, mint az ember hasonló enzimjei (47).

Néhány megjegyzés a gyógyszeres kezeléshez kívánczok:

a) Mecaprint 2 éven aluli gyermeknek ne adjunk, b) Mecaprint és Primaquin, továbbá chinint és chloroquin *sohasem adjuk együtt*, cerebrális maláriában chininből 5–10 mgr/kg-ot adjuk intravénásan, ezenkívül lehet dexamethasont folya-

dékkal együtt bevinni (9), c) gyermekek szájon keresztül akadálytalanul türik a bevitelt, d) chloroquin suppositoriumban is adható, de lassú a felszívódás.

A táblázatban feltüntetett prophylaktikus kezelésre Woodruff és munkatársai 1981-ben a következő javaslatot tették (48):

1 évnél kisebb gyermekek	$\frac{1}{4}$ adag
1—5 éves gyermekek	$\frac{1}{2}$ adag
6—12 éves gyermekek	$\frac{3}{4}$ adag

a) Afrika, Arab Államok, Pakisztán, India (kivétel: Kelet-India) naponta 1 Proguanil-t vagy hetente 1 chloroquin kapnak a felnőttek.

b) Kelet-India, Banglades, Délkelet-Ázsia, Közép- és Dél-Amerika, Pápua- és Új-Guinea: Maloprimból 2×1 tabl. hetente, vagy 1 Fansidar hetente a felnőttek részére.

Terhesség alatt antimaláriás gyógyszeres kezelés eredményesebb, mint a betegség átvészelése.

Legújabbban Gilles említést tesz a Qinghasou nevű kínai gyógyszerről, amelyet az Artemisia annua növényből állítanak elő (49). A WHO szakértői együtt dolgoznak kínai kutatókkal és megállapításaik szerint a gyógyszer teljesen különbözik a fentebb említett hatásmechanizmustól (41). Legtöbb esetben gyógyítja a chloroquinra rezisztens *Pl. falciparum* törzseket. Eredeti leírásában 3×2,3 gr-ot (néha ennél kevesebbet) ajánlanak és 72 óra alatt a beteg láztalan; néhány esetben 120 óráig adható. Cerebrális maláriában 141 különböző betegnek először orron keresztül adták a gyógyszert, később azonban injekcióban vitték be: 131 meggyógyult, 10 meghalt (49).

A gyógyszeres kezelés adatait részben könyvekből, részben folyóiratcikkekből állítottuk össze.

A malária legbiztosabb diagnózisa a kenet megtekintése és az alakok felismerése. Minden más módszer alárendelt szerepet játszik.

A malária mint élő asexualis és bisexualis szervezet küzd a plazmában, illetve a sejtekben jelenlévő mechanizmusok ellen. Éppen ezért „elrejtőzik” a vvt-be és felhasználja annak védőburkát és az abban levő haemoglobint táplálkozásra. A védekezésnek ez a módszere, úgy tűnik, eredményes. A jövőben olyan eljárást kell kitalálnunk, amely megvédi a vvs-eket a behatolástól és a bennük történő szaporodástól.

A szerző köszönetet mond Endes Pongrácz professzor úrnak a szöveg átolvasásáért és a javításokért.

IRODALOM: 1. WHO: Receptivity to malaria and other parasitic diseases (Reports and Studies No. 15.) WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1979. — 2. Zulueta de, J., Muftaba, D. M., Shah, I. H.: Malaria control and long-term periodicity of the disease in Pakistan. Trans. Roy. Soc. Trop. Med. and Hyg. 1980, 74, 624. — 3. Gilles, H. M.: Malaria in Britain. Advanced medicine (Ed: D. J. Weatherall) Vol. 14. Pitman Medical, London, 1978. 264. old. — 4. Internat. Civil Aviation, ICAO Bull. 1980, 35, 57. — 5. Schmidt, D., Gyr, K.: Hospitalization wegen Malaria an Kantonsspital und St. Clara Spital Basel, im Zeitraum 1970—79. Schw. Med. Wschr. 1982, 112, 1646. — 6. Bruce-Chwatt, M. J.: Imported malaria: an uninvited guest. Brit. Med. Bull. 1982, 38, 179. — 7. Orsz. Közeg. Int. Járványügyi Jelentése, Budapest, 1970—1980. — 8. Malaria-the Phoenix with drug resistance. Lancet, 1979, 1. — 9. Holvoet, G., Michelsen, P., Vandepitte, J.: Airport

malaria in Belgium. Lancet, 1982, 2, 881. — 10. Laveran, A.: Note sur un nouveau trouvé dans le sang de plusieurs malades atteints de fièvre palustre. Note communiquée à l'Académie de médecine. Séance du 23. novembre, 1880. — 11. Ross, R.: On some peculiar pigmented cells found in two mosquitos fed on malaria blood. Br. Med. J., 1897, 1796. — 12. Warrell, D. A., Loacesuwana, S., Warell, M. J.: Dexamethason proves deleterious in cerebral malaria: a double-blind trial in 100 comatose patients. New Engl. J. Med. 1982, 306, 314. — 13. Wilcocks, G., Manson-Bahr, P. E. C.: Manson's tropical disease. London, 1978. — 14. Trager, W., Jensen, J. B.: Human malaria parasites in continuous culture. Science, 1976, 193, 673. — 15. Pasvol, G., Wilson, R. J. M.: The interaction of malaria parasites with red blood cells. Brit. Med. Bull. 1982, 38, 133. — 16. Pasvol, G., Weatherall, D. J., Wilson, R. J. M.: Cellular mechanism for the protective effect of HbS against *Pl. falciparum* malaria. Nature 1978, 274, 701. — 17. Bray, R. S., Garnham, P. C. C.: The life cycle of primate parasites. Brit. Med. Bull. 1982, 38, 117. — 18. Rudzinska, M. A., Trager, W.: Intracellular phagotrophy by malaria parasites: an electron microscopic study of *Plasmodium lophurae*. J. Protozool. 1957, 4, 190. — 19. Sherman, I. W.: Amino acid metabolism and protein synthesis in malarial parasites. Bull. WHO 1977, 55, 265. — 20. Kanshal, D. C., Carter, R., Miller, L. H., Krishna, G.: Gametocytogenesis by malaria parasites in continuous culture. Nature. 1980, 280, 490. — 21. Pasvol, G., Weatherall, D. J., Wilson, R. J. M.: The increased susceptibility of young red cells to invasion of the malarial parasite *Plasmodium falciparum*. Brit. J. Haemat. 1980, 45, 285. — 22. Friedman, M. J.: Inherited resistance to malaria. Biochemistry and physiology of protozoa, 2nd Ed. Vol. 4. Acad. Press New York, 1980, 463. old. — 23. Pasvol, G., Weatherall, D. J., Wilson, R. J. M.: Effects of foetal haemoglobin on susceptibility of red cells *Plasmodium falciparum*. Nature, 1977, 270, 171. — 24. Wilson, R. J. M., Pasvol, G., Weatherall, D. J.: Invasion and growth of *Plasmodium falciparum* in different types of human erythrocytes. Bull. WHO. 1977, 55, 179. — 25. Ringelmann, B., Dagadu, M., Sodhi, H. S.: Values for 14 constituents in young adult Ghanaians in Accra, with comparative data from tropical and non-tropical countries. Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg. 1969, 63, 89. — 26. McGregor, I. A.: Immunity and malaria in man. Tropical Doctor, 1974, 4, 104. — 27. McGregor, I. A.: Tropical aspects of the epidemiology of malaria. Isr. J. Med. Sci. 1978, 14, 523. — 28. Houba, V., Lambert, P. H., Voller, A., Soyano, M. A. D.: Clinical and experimental investigation of immune complexes in malaria. Clin. Immunol. Immunopath. 1976, 6, 1. — 29. Berger, M., Birch, L. M., Conte, N. F.: The nephrotic syndrome secondary to acute glomerulonephritis during falciparum malaria. Ann. Int. Med. 1967, 67, 1967. — 30. Hendrickse, R. G., Glasgow, E. F., Adeniyi, A., White, R. H. R., Edington, G. M., Houba, V.: Quartan malarial nephrotic syndrome. Lancet 1972, 1, 1143. — 31. Houba, V.: Immunopathology of nephropathies associated with malaria. Bull. WHO 1975, 52, 199. — 32. Toro, G., Roman, G.: Cerebral malaria. A disseminated vascular myelinopathy. Arch. Neurol. 1978, 35, 271. — 33. Woodruff, A. W., Ansell, V. E., Pettit, L. E.: Cause of anaemia in malaria. Lancet 1979, 1, 1055. — 34. Abdalla, S., Weatherall, D. J., Wickramasinghe, S. N., Hughes, N.: The anaemia of *P. falciparum* malaria. Brit. J. Haemat. 1980, 46, 171. — 35. Sagoe, A. S.: Tropical splenomegaly syndrome: long-term proguanil therapy with spleen size, serum IgM and lymphocyte transformation. Br. Med. J. 1970, 3, 378. — 36. Ringelmann, B.: Eddig nem közzétett adat. — 37. Voller, A., Houba, V.: Malaria. Megjelenés alatt (Parasite immunology), Churchill, Livingston Press, London. — 38. Molineau, L., Gramiccia, G.: The Garki Project. WHO Geneva, 1980. — 39. Matthews, H. G., Lobel, H. D., Brennan, J. G.: Malarial antibodies measured by the indirect haemagglutination test in West African children. Am. J. Trop. Med. 1976, 25, 217. — 40. Kagan, I. G.: Malaria. Seroepidemiology and serologic diagnosis. Exp. Para-

sitol. 1972, 31, 126. — 41. Voller, A., Corneille-Brögger, R., Storey, J., Molineaux, L.: A longitudinal study of Plasmodium falciparum malaria in the West African savanna using the ELISA test. Bull. WHO. 1980, 58, 429. — 42. WHO Chronicle 1982, 36, 26. — 43. Clyde, D. F., McCarthy, V., Miller, R. M., Hornick, R. B.: Specificity of protection on man immunized against sporozoite-induced falciparum malaria. Am. J. Med. Sci. 1973, 266, 398. — 44. Köhler, G., Milsten, C.: Continuous culture of fused cells secreting antibody of redefined specificity. Nature, 1975, 256, 495. — 45. Wernsdorfer, W. H.: Prospects for the development of malaria vaccines. Bull. WHO. 1981, 59, 335. — 46. Drug resistant malaria. Lancet 1981, 2, 1087. — 47. Bowman, W. C., Rand, M. J.: Textbook of pharmacology Blackwell, London, 1980, 36, 1—36. 12. old. — 48. Woodruff, W., Ridley, D. S., Tomkins, A. M., Rosland, H. A. K., Harries, J. R., Hallma, P., Haef, P. J. D.: Drug prevention of malaria. Brit. Med. J. 1981, 281, 1, 1347. —

49. Gilles, H. M.: The six disease of WHO.: Malaria. Brit. Med. J. 1981, 283, 1382. — 50. Quinghaosu: Antimalaria Coordinating Research Group. Trad. China Med. J. 1982, 2, 31. (idéve: China Med. J. 1982, 95, 549.)

Megjegyzés a korrektúráról: A legújabb adatok szerint fulmináns Pl. falciparumot *kicseréléses transfúzióval* lehet gyógyítani. 48 éves orvos Thaiföldről tért vissza; 7 napos otthoni kezelés után magas lázzal kórházba került, ahol a vvs-ek 72%-ban voltak Pl. falciparummal fertőzve. A chinin kezelést renális insufitientia miatt abba kellett hagyni és ekkor 10 l vért 8 óra alatt bevitték a betegnek; a paraziták száma 0,7%-ra csökkent. Két nappal elbocsátása után visszajött, de Fansidar adására meggyógyult.

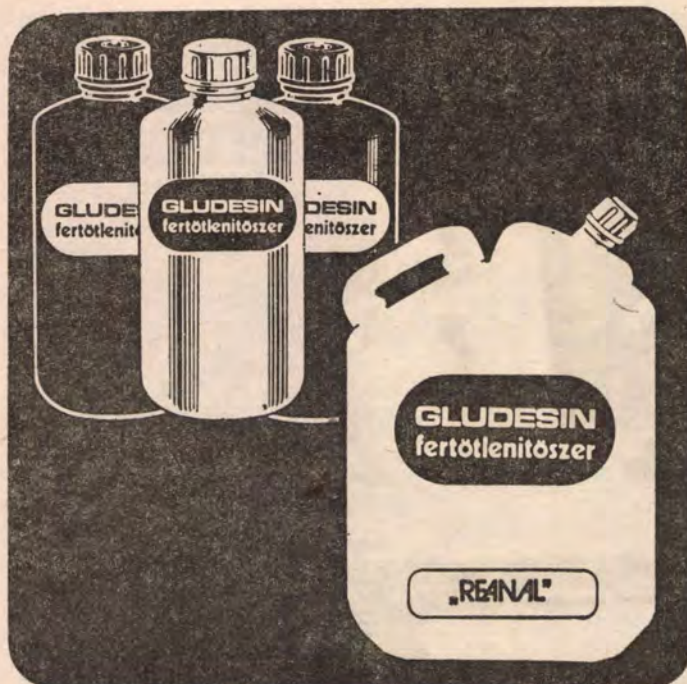
Kramer, S. L., Campbell, C. C., Moncrieff, R. E.: Fulminant Plasmodium falciparum infection treated with exchange blood transfusion. JAMA, 1983, 249, 244.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Posta Központi Hírlap Iroda, Budapest V., József nádor tér. Tel.: 180-850



GLUDESIN

fertőtlenítőszer

Baktericid, virusoid, sporocid és fungicid hatású általános fertőtlenítőszer.

ALKALMAZHATÓ:

- gumi- és műanyag katéterek, intratracheális tubusok, drainek, egyéb gumi- és műanyag tárgyak,
- különféle endoszkópok (cystoscop, oesophangoscop, bronchoscop, gastroscop stb.),
- tonométerek és egyéb kényes szemészeti eszközök és műszerek,
- anaesthesiológiai géi berendezések és ezek tartozékai,
- fogászati eszközök (öntvények, fúrók, tükrök stb.),
- audiológiai berendezések és ezek tartozékai, valamint inkubátorok mosható részeinek hatásos fertőtlenítésére.

Ára:

1 liter 58,— Ft
5 liter 264,— Ft

KÉRJE RÉSZLETES ISMERTETŐNKET

Gyártja:

Reanal

FINOMVEGYSZERGYÁR

1147 Budapest, Telepes u. 53.

Forgalmazza: REANAL Vegyszerbolt

1147 Budapest, Telepes u. 58-60.



1179

robotron

Az egészségügyi területén az optimális teljesítményköltség kérdésében egy érdekes megoldással rendelkezünk: a computeren alapuló MARMEDO rendszerrel. Ezzel a berendezéssel átfogó Org- és Software csomag áll rendelkezésre a különböző orvosi munkaterületek racionalizálásához.

- betegnyilvántartás
- hosszú távú betegnyilvántartás
- „Aurora” automatikus leletírás
- röntgenleletírás
- EKG-leletírás
- hívási és ellátási kimutatás
- beteglap statisztika
- epikrízis
- határidő-ellenőrzés



Computeren alapuló
MARMEDO rendszer
„MARMEDO”

Ez az átfogó Orgware csomag részben irodacomputerek beállításával továbbfejleszthető. Jelenleg mint Software csomag az A 5120 irodacomputerrel dolgozható föl.

A MARMEDO megoldást nyújt az egészségügy racionalizálásához.

robotron

Robotron Export-Import

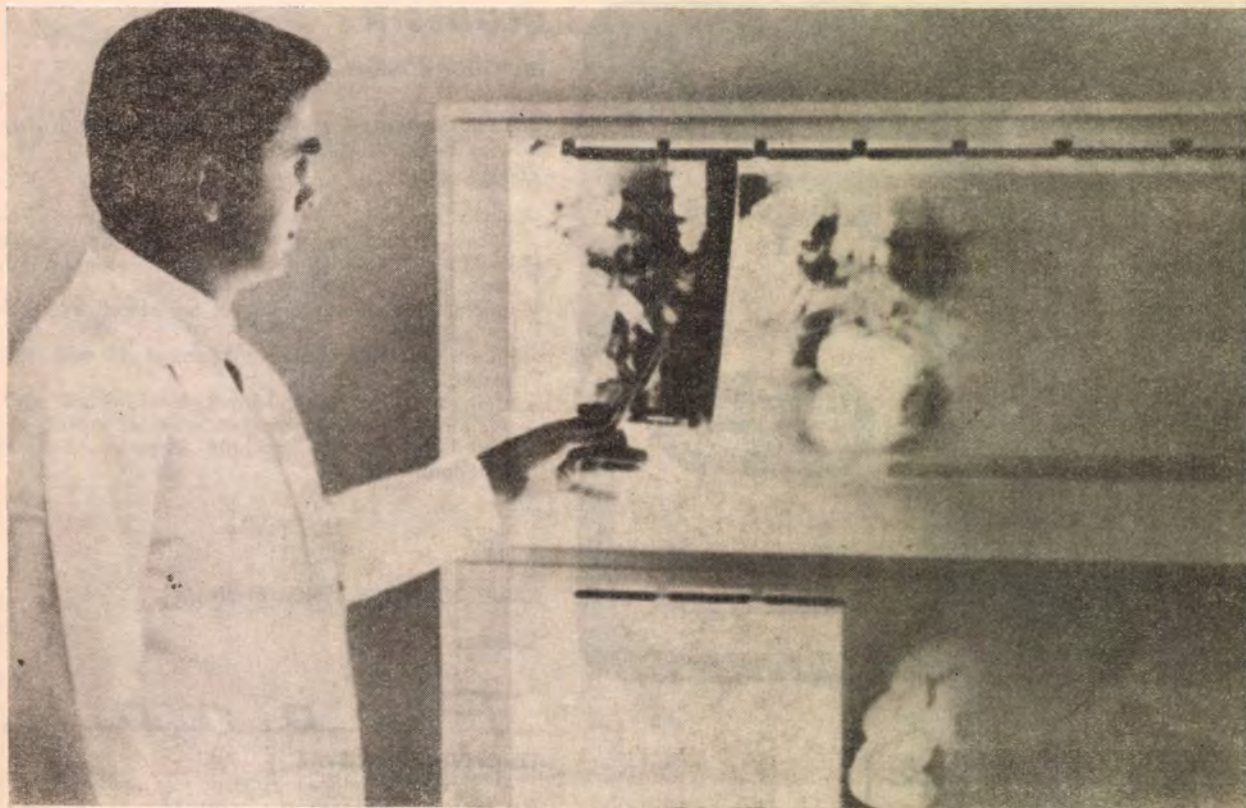
Volkseigener

Aussenhandelsbetrieb der DDR

DDR-1080 Berlin

Friedrich str. 61.

Részletes felvilágosítást kap, ha meglátogatja standunkat a 77. Budapesti Nemzetközi Vásáron (Tavaszi BNV-beruházási javak), az A-pavilonban.



LANG ISTVÁN DR.,
CHEN SHAO-HSIEN DR.
ÉS PETER LYDYARD DR.

Cyclosporin A hatása emberi limfociták antitest-dependens és természetes citotoxicitására

Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Petrányi Gyula dr.)

Londoni Egyetem Middlesex Hospital Medical School, Immunológiai Tanszék
(igazgató: Ivan M. Roitt dr.)

A Cyclosporin A (CyA) elsősorban a T sejteket gátló, nagy hatású újabb immunosuppresszív gyógyszer. Vizsgálatainkban 0,1–10,0 $\mu\text{g/ml}$ koncentrációban sem a célsejtekkel és az effektorsejtekkel együtt inkubálva, sem az effektorsejtekkel előinkubálva nem csökkentette egészséges emberi limfociták antitest-dependens (ADCC) és természetes (NK) citotoxicitását. A Poliinozinát-Policitidilát (Poli-IC) által indukált NK aktivitás fokozódást viszont már 1,0 $\mu\text{g/ml}$ koncentrációban szignifikánsan gátolta. A hatásmechanizmus vagy a Poli-IC által indukált és/vagy aktivált NK sejtek direkt gátlása, vagy az interferon felszabadulás csökkentése lehet.

Cyclosporin A effect on the antibody-dependent and natural cytotoxicity of human lymphocytes. Cyclosporin A (CyA) is a new and effective immunosuppressive drug inhibiting chiefly T cells. Incubating with target cells and effector cells or preincubating with effector cells in a concentration of 0,1–10,0 $\mu\text{g/ml}$ it decreased, however, neither the antibody-dependent (ADCC) nor the natural (NK) cytotoxicity of healthy human lymphocytes. At the same time it significantly inhibited the increase of NK activity already in a concentration of 1,0 $\mu\text{g/ml}$ induced by Polynosinate-Polycytidylate (Poly-IC). Its potency can be explained either by the direct inhibition of the NK cells induced and/or activated by Poly-IC or by the decreased release of interferon.

A Cyclosporin A (CyA)¹ erősen immunosuppresszív hatású gomba anyagcseretermék (23). Elsősorban a T sejtek működését gátolja (1, 6). Hatását feltehetőleg a limfocita differenciálódás korai stádiumában fejti ki (24). Az eddigi klinikai vizsgálatok szerint sikerrel alkalmazható a transzplantátum-kilöködés (4) és a graft versus host reakció (20, 21) gátlására. Kipróbálás alatt áll SLE-ben is (12). Mint erősen immunosuppresszív gyógyszer, a betegek daganatellenes immunreakcióját is csökkentheti. Ezzel függhet össze, hogy CyA-val kezelt vese recipiensek között gyakoribbak a limfoid rendszer tumorai (4). Mivel az antitest-dependens (ADCC, 16) és természetes (NK, 18) sejt citotoxicitás daganatellenes hatását többen feltételezik (7, 17, 22), megvizsgáltuk, hogy befolyásolja-e a CyA *in vitro* az emberi limfociták ADCC és NK aktivitását.

Anyag és módszer

Az effektorsejtek szeparálása

A perifériás vér mononukleáris sejtjeit egészséges véradók defibrinált véréből szeparáltuk Bőyüm módszerével (2). A fagocitáló sejteket vasporos-mágneses kezeléssel távolítottuk el. A monociták aránya nem érte el az 1%-ot (latex fagocitózis, Dow Latex, Serva). A sejtek életképessége akridinorange-etidiumbromid festéssel (15) vizsgálva 90% fölötti volt.

Cyclosporin A (CyA)

A CyA-t J. Borel dr. (Sandoz, Basel, Svájc) bocsátotta rendelkezésünkre, szívességet ezúton is köszönjük. A gyógyszert az *in vitro* kísérletekhez frissen oldottuk 0,1%-os végkoncentrációjú etanolban. Az ADCC és NK aktivitásra gyakorolt hatását 0,01–10,0 $\mu\text{g/ml}$ koncentráció tartományban vizsgáltuk. Ez magába foglalja a 0,1–0,5 $\mu\text{g/ml}$ körüli terápiás vérszintet is (idézve: 11). A 0,01, 0,1, 1,0 és 10,0 $\mu\text{g/ml}$ -es CyA végkoncentrációkat 10% borjúsavót tartalmazó RPMI 1640 tápfolyadékkal állítottuk be. Előzetesen megállapítottuk, hogy az oldószerként használt etanol sem az effektorsejteket (akridinorange-etidiumbromid festés, 15), sem a célsejteket (változatlan spontán izotópfelszabadulás) nem károsította.

A kísérletek egy részében az effektorsejteket 18 órában át inkubáltuk CyA-val, majd a gyógyszert tápfolyadékkal kimostuk („előinkubálás”), más részében pedig a CyA-t a célsejtek és az effektorsejtek összemérésekor adtuk a tesztrendszerhez („együttinkubálás”).

Rövidítések:

CyA: Cyclosporin A

ADCC: antitest-dependens celluláris citotoxicitás

NK: természetes killer

Poli-IC: Poliinozinát-policitidilát

1. táblázat **In vitro Cyclosporin A kezelés hatása az ADCC és NK aktivitásra**

Cyclosporin A koncentráció $\mu\text{g/ml}$	ADCC aktivitás %		NK aktivitás %	
	előinkubálás	együttinkubálás	előinkubálás	együttinkubálás
—	56,7 \pm 9,6	39,5 \pm 8,7	43,9 \pm 9,3	25,6 \pm 8,1
0,01	62,3 \pm 7,4	41,2 \pm 7,1	41,4 \pm 8,2	25,3 \pm 5,4
0,1	59,1 \pm 6,9	43,4 \pm 9,1	40,6 \pm 10,4	24,9 \pm 4,6
1,0	53,3 \pm 10,4	40,9 \pm 6,4	42,2 \pm 6,7	22,7 \pm 6,4
10,0	52,1 \pm 12,2	44,3 \pm 9,5	39,8 \pm 11,2	28,1 \pm 7,2

Effektorsejt: célsejt arány = 20:1; A számok 8 kísérlet átlagát \pm az SD-t jelentik.

Előinkubálás: az effektorsejteket a citotoxicitási tesztet megelőzően 18 órán át előinkubáltuk CyA-val vagy tápfolyadékkal.

Együttinkubálás: a célsejteket és az effektorsejteket a 4 órás citotoxicitási tesztben CyA jelenlétében vagy anélkül inkubáltuk.

Interferon induktor

Az NK aktivitás stimulálására *Poliinozinát-policitidilát* (Poli-IC, Miles, Elkhart, Indiana, USA, Lot No. 20C) interferon induktort használtunk. Az effektorsejteket 18 órán át előinkubáltuk előzetesen meghatározott optimális koncentrációjú Poli-IC-vel, melynek az NK aktivitást stimuláló hatása kb. 1000 E/ml interferon hatásának felelt meg. Kontrollként az effektorsejteket csak tápfolyadékkal előinkubáltuk. A citotoxicitási tesztet megelőzően az előinkubált effektorsejteket tápfolyadékból mostuk.

Citotoxicitási vizsgálatok

Az NK aktivitást Jondal és Pross módszerével mértük (14). 1×10^4 ^{51}Cr izotóppal jelzett K—562 célsejtet 4, esetenként 18 órán át 37 °C-on inkubáltuk az effektorsejtekkel 0,2 ml tápfolyadékból *Sterilin* mikrotitrációs tálcán (*Sterilin*, *Teddington*, *Middlesex*, *England*). Az effektorsejt:célsejt arány 50:1, 20:1 és 10:1 volt. A célsejtek pusztulását (citotoxicitás) a felülülő izotópfelszabadulásának a maximális izotópfelszabadulás %-ában megadott értékével fejeztük ki. A maximális izotópfelszabadulást detengens (2,5-os Decon) hozzáadásával mértük. A spontán izotópfelszabadulást a K—562 célsejtekből az effektorsejtek hozzáadása nélkül mértük, értéke 8—15% volt.

Az ADCC aktivitást Perlmann és Perlmann (19) módszerével határoztuk meg, csekély módosításokkal. A célsejtek száma $2,5 \times 10^4$, a csirke-vörösvérsejt elleni nyúlserum véghígítása 1:10 000 volt. Az effektorsejt:célsejt arány, a vértérfigat, az inkubációs idő és a számítás megegyezett az NK tesztnél leírtakkal.

Statisztikai számítások

A táblázatokban feltüntetett értékek legalább 7 kísérlet átlagértékei (átlag \pm SD). A szignifikanciát a Student-féle t-próbával számítottuk az adatok logaritmikus transzformációját követően.

Eredmények

1. CyA hatása egészséges emberi limfociták NK aktivitására

In vitro együttinkubálás. Az effektorsejteket és a célsejteket a 4 órás citotoxicitási tesztben különböző koncentrációjú CyA-val inkubáltuk együtt *in vitro*. Az eredményeket az 1. táblázatban tüntettük fel. Az egyes adatok 8 kísérlet átlagát (\pm SD) jelentik. 0,01—10,0 $\mu\text{g/ml}$ -es koncentráció tartományban a CyA nem gátolta szignifikánsan az NK aktivitást egyik effektorsejt:célsejt arányban sem (a táblázatban csak a 20:1 effektorsejt:célsejt aránnyal kapott értékek szerepelnek). 18 órás együttinkubálás ugyancsak hatástalannak bizonyult (az adatokat nem tüntettük fel).

In vitro előinkubálás. Az effektorsejteket a citotoxicitási tesztet megelőzően 18 órán át előinkubáltuk különböző koncentrációjú CyA-val. Az

1. táblázatban feltüntetett eredmények 8 kísérlet átlagát (\pm SD) jelentik. 0,01—10,0 $\mu\text{g/ml}$ -es koncentráció tartományban a CyA még 18 órás előinkubálással sem csökkentette szignifikánsan az NK aktivitást. Négyórás előinkubálás sem okozott értékelhető változást (az adatokat nem tüntettük fel). A CyA-val történő előinkubálás hatása némi egyéni variációt mutatott: az egyik donornál egyáltalán nem okozott változást, ötnél a citotoxicitást mérsékelten csökkentette, további kettőnél pedig valamelyest serkentő hatású volt (az egyes donorok adatait nem tüntettük fel külön-külön, a változások nem érték el a szignifikancia mértékét).

In vitro előinkubálás hatása a Poli-IC által indukált NK aktivitás fokozódására. Az effektorsejteket 18 órán át előinkubáltuk az interferon induktor Poli-IC előzetesen meghatározott optimális koncentrációjával CyA jelenlétében vagy anélkül. Az effektorsejt:célsejt arány 20:1 volt. Az eredményeket a 2. táblázatban tüntettük fel. A 7 kísérlet átlagát (\pm SD) jelentő egyes adatok a bal oldali oszlopban a Poli-IC hatására létrejött NK aktivitás fokozódást, és a CyA-nak ezt a serkentést csökkentő hatását demonstrálják. A jobb oldali oszlopban az NK aktivitás Poli-IC által indukált $^{90}\text{0}$ -os fokozódását, és ennek CyA hatására bekövetkező gátlását tüntettük fel. A $^{90}\text{0}$ -os fokozódást a Poli-IC nélküli értékhez (= 100%) viszonyítva fejeztük ki. 0,1 $\mu\text{g/ml}$ végkoncentrációjú CyA hatására az átlagos NK

2. táblázat **A Poliinozinát-policitidilát által indukált NK aktivitás fokozódás gátlása in vitro Cyclosporin A kezeléssel**

Adalék	NK aktivitás %	%-os fokozódás
—	36,7 \pm 5,1	—
Poli IC	59,1 \pm 5,5*	61 \pm 26
Poli IC + 0,1 $\mu\text{g/ml}$ CyA	54,3 \pm 4,2**	48 \pm 44●
Poli IC + 1,0 $\mu\text{g/ml}$ CyA	42,6 \pm 6,3***	16 \pm 13●●

Effektorsejt: célsejt arány = 20:1; A számok 7 kísérlet átlagát \pm az SD-t jelentik.

A %-os fokozódás az NK aktivitásnak az adalék anyag/ok nélküli értékhez képest létrejött fokozódását jelenti.

* $p < 0,01$ az adalék nélküli értékhez képest

** $p < 0,05$ az adalék nélküli értékhez képest

*** a változás nem szignifikáns az adalék nélküli értékhez képest

● a változás nem szignifikáns a Poli IC által kiváltott, CyA nélküli %-os fokozódáshoz képest

●● $p < 0,025$ a Poli IC által kiváltott, CyA nélküli %-os fokozódáshoz képest

aktivitás fokozódás 61⁰/₀-ról 48⁰/₀-ra csökkent (nem szignifikáns). 1,0 µg/ml végkoncentrációjú CyA a Poli-IC által indukált NK aktivitás fokozódást szignifikánsan gátolta (61⁰/₀-ról 16⁰/₀, p < 0,025).

2. CyA hatása egészséges emberi limfociták ADCC aktivitására

In vitro együttinkubálás. Az effektorsejteket és a célsejteket a 4 órás ADCC tesztben különböző koncentrációjú CyA-val inkubáltuk együtt *in vitro*. Az eredményeket az 1. táblázatban tüntettük fel. 0,01–10,0 µg/ml-es koncentráció tartományban a CyA nem gátolta az NK aktivitást. 10,0 µg/ml-es CyA végkoncentrációnál a citotoxicitás nem szignifikánsan fokozódott.

In vitro előinkubálás. Az effektorsejteket az ADCC tesztet megelőzően 18 órán át előinkubáltuk különböző koncentrációjú CyA-val *in vitro*. Az eredményeket az 1. táblázatban tüntettük fel. 0,01–10,0 µg/ml-es koncentráció tartományban a CyA még 18 órás előinkubálással sem csökkentette szignifikánsan az ADCC aktivitást. 0,01 µg/ml végkoncentrációban nem szignifikáns citotoxicitás fokozódást, 10,0 µg/ml végkoncentrációban pedig mérsékelte (nem szignifikáns) gátlást észleltünk. Hasonló eredményeket kaptunk 4 órás előinkubálással is (az adatokat nem tüntettük fel.)

Tekintettel arra, hogy korábbi kísérleteinkben az ADCC aktivitást nem sikerült Poli-IC-vel értékelhetően serkenteni, a CyA esetleges hatását a Poli-IC-vel előinkubált ADCC effektorsejtekre nem vizsgáltuk.

Megbeszélés

Az immunofarmakológia régi problémája, hogy az erősen immunosuppresszív gyógyszerek egyúttal a betegek daganatellenes immunreakcióit is csökkentik. A szelektív immunosuppresszió egyelőre megoldatlan, bár ezen a téren az egyik reménykeltő előrelépés talán éppen a CyA lesz. Az eddigi vizsgálatok szerint elsősorban a T sejtek működését befolyásolja (1, 6) azáltal, hogy a limfocita differenciálódás korai szakaszában az effektor T sejtek érését gátolja (24). Nagyrészt ezzel függhet össze, hogy az átültetett vese kilökődésének a kivédésében (4) és a csontvelő transzplantáció után fenyegető GVH reakció elhárításában (20, 21) sikerrel alkalmazható. Ezért látszott célszerűnek megvizsgálni, hogy a daganatellenes limfocellularis védekezésben feltételezhető antitest-dependens és természetes citotoxicitási reakciót (7, 16, 17, 18, 22) befolyásolja-e a CyA kezelés.

Eredményeink alapján a CyA az alkalmazott dózistartományban *in vitro* sem a célsejtekkel és az effektorsejtekkel együttinkubálva, sem az effektorsejtekkel előinkubálva nem csökkent értékelhetően egészséges emberi limfociták ADCC és NK aktivitását. Egy-egy donornál enyhe, nem szignifikáns citotoxicitás gátlást észleltünk ugyan, de ez sem koncentrációfüggő, sem az ismételt vizsgálatokkal reprodukálható nem volt. Az NK sejtek tekintetében eredményeink ellentétben állnak Introna és mtsai (11) adataival, akik az NK aktivitás gátlását észlelték, ugyancsak *in vitro* CyA kezelés hatására. Megjegyezzük, hogy az általunk használt CyA készítmény a direkt T sejt citotoxicitást már

0,1 µg/ml-es koncentrációban szignifikánsan gátolta (Gunn és Lydyard, nem közölt adatok). Irodalmi adatok szerint a CyA a T-citotoxicitást az effektor T sejtek indukciójának a gátlása révén csökkenti (9), a már előzetesen aktiválódott T killer sejtek működését viszont alig képes befolyásolni (10).

Vizsgálataink alapján az ADCC és NK effektorsejtek — hasonlóan a már differenciálódott T killer sejtekhez — refrakterek a CyA gátló hatására. Az NK sejtek Poli-IC kezelés által kiváltott aktiválódását viszont a CyA kísérleteinkben szignifikánsan gátolta. A Poli-IC az NK-aktivitást interferon indukció révén serkenti (25). A CyA a Poli-IC által indukált NK aktivitás fokozódást két módon is gátolhatja:

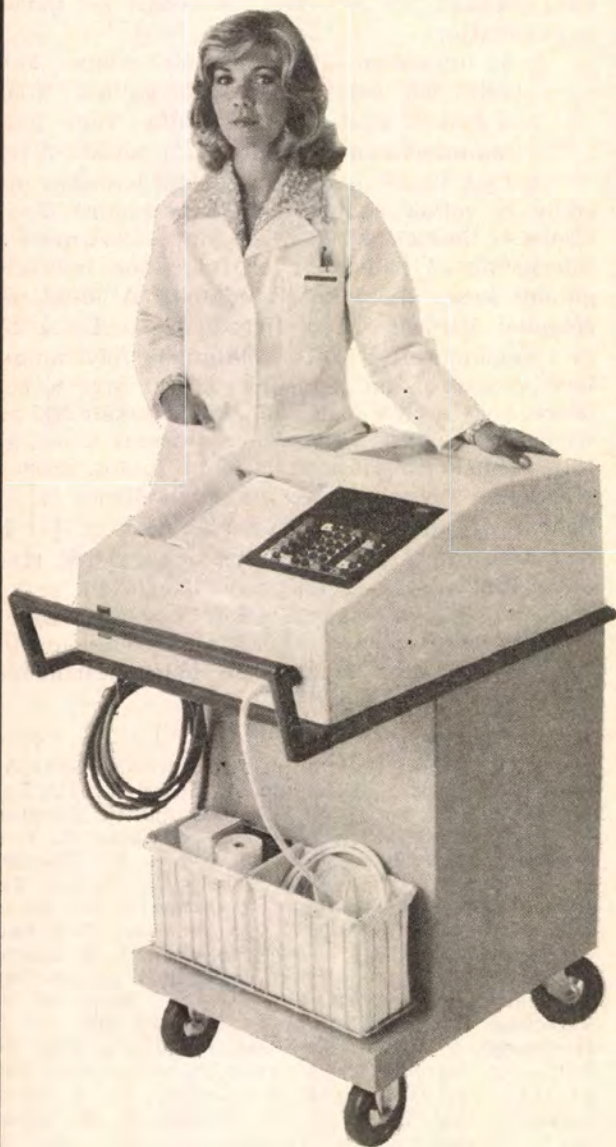
1. az interferon által „indukált” vagy „aktivált” NK sejtek közvetlen gátlása útján,
2. a Poli-IC által létrehozott alfa- vagy gamma-interferon kibocsátás (25) gátlása révén.

A CyA limfokin termelést gátló hatására már eddig is voltak adatok. Bunjas, valamint Gunn, Cooke és Balkwill kísérletei szerint a CyA mind az interleukin-2 (20), mind az interferon indukciót gátolni képes (nem közölt adatok). A Middlesex Hospital Medical School Immunológiai Tanszékén és a Semmelweis OTE II. Belklinikán folyamatban levő vizsgálatokkal keresünk választ arra a kérdésre, hogy a CyA a Poli-IC által indukált NK aktivitás fokozódást melyik mechanizmus útján gátolja. Ennek tisztázása azért lenne fontos, mert az NK sejtek szerepe nemcsak a tumorelles (8, 18), hanem az általános immunoregulációban (5, 13) is feltételezhető. Bár az *in vitro* kísérletek eredményeiből a gyógyszerek *in vivo* hatására csak a legnagyobb óvatossággal lehet következtetni, a CyA kezelés szélesedő körű elterjedése további vizsgálatokat tesz szükségessé hatásmechanizmusának pontosabb felderítésére.

IRODALOM: 1. Borel, J. F. és mtsai: Agents Actions 1976, 6, 468. — 2. Böyum, A.: Scand. J. Clin. Lab. Invest. 1968, 21, Suppl. 97, 1. — 3. Bunjas, D. és mtsai: Eur. J. Immunol. 1981, 11, 657. — 4. Calne, R. Y. és mtsai: Lancet 1979, ii, 1033. — 5. Domzig, W., Timonen, T. T., Stadler, B. M.: Proc. Amer. Ass. Cancer Res. 1981, 22, 309. — 6. Gordon, M. Y., Singer, J. W.: Nature 1979, 279, 433. — 7. Hakala, T. R. és mtsai: New Engl. J. Med. 1974, 291, 637. — 8. Herberman, R. B. (szerk.) Natural cell-mediated immunity against tumors 1980, Academic Press (New York). — 9. Hess, A. D., Tutschka, P. J.: J. Immunol. 1980, 124, 2601. — 10. Horsburgh, T., Wood, P., Brent, L.: Nature 1980, 286, 609. — 11. Introna, M. és mtsai: Transplantation 1981, 31, 113. — 12. Isenberg, D. A. és mtsai: Int. J. Immunopharm. 1981, 3, 163. — 13. Johnson, H. M., Baron, S.: in Pharmacological Therapeutics 1977, part. A1, 349. — 14. Jondal, M., Pross, H.: Int. J. Cancer 1975, 15, 596. — 15. Lee, S. K., Singh, J., Tayler, R. B.: Eur. J. Immunol. 1975, 5, 259. — 16. Láng, I. és mtsai: Orv. Hetil. 1977, 118, 1585. — 17. Peter, H. H. és mtsai: Clin. exp. Immunol. 1975, 20, 193. — 18. Petrányi G. Gy. és mtsai: Orv. Hetil. 1979, 120, 627. — 19. Perlmann, P., Perlmann, H.: Cell. Immunol. 1970, 1, 300. — 20. Powles, R. L. és mtsai: Lancet 1978, ii, 1327. — 21. Powles, R. L. és mtsai: Lancet 1980, i, 327. — 22. Pross, H. F., Baines, M. G.: Int. J. Cancer 1976, 18, 593. — 23. Szerkesztőségi közlemény: Lancet 1980, ii, 779. — 24. White, D. J. G. és mtsai: Transplantation 1979, 27, 55. — 25. Zarling, J. M. és mtsai: J. Immunol. 1980, 124, 1852.

*A budapesti tavaszi BNV-n bemutatjuk
Magyarországon először az*

IBM 5880 EKG BERENDEZÉS-t



mely nagy mértékben
megkönnyíti az orvos munkáját.

Automatizált szöveges
kiértékelés
a BONNER PROGRAM
segítségével néhány
másodperc alatt.

Egyszerű kezelés,
hagyományos, 12 elvezetési
módszer.

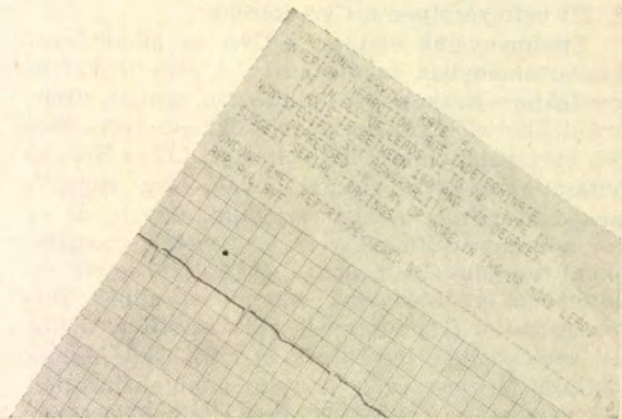
**Keresse fel
kiállításunkat
a BNV
A pavilonjában
a 209/C
kiállítóhelyen!**

IBM

Magyarországi Kft.

Budapest V., Vécsey u. 4.

Telefon: 126-274.



† BOTOND CSABA,
KELEMEN JÓZSEF DR.
ÉS CZEIZEL ENDRE DR.

A situs inversus öröklődése

Országos Közegészségügyi Intézet, Humángenetikai Laboratórium
(főigazgató főorvos: Tóth Béla dr.)
Simmelweis Orvostudományi Egyetem
I. Gyermekklinika (igazgató: Miltényi Miklós dr.)

A magyarországi Veleszületett Rendellenesség Surveillance nyilvántartásában 1970–1980 között szereplő 56 situs inversusos esetet értékelték. A 45 situs inversusos (totalis: 37, partiális: 4, Kartagener: 1, Ivemark: 3) eset mellett 11 identifikálatlan multiplex esetet különítettek el. A situs inversusos esetek 1975-ben szignifikáns gyakoriságnövekedést mutatnak (a szokásos 2–5 évi esettel szemben 13 fordult elő). Halálozásuk jelentős (58%). Ikrékben gyakoribb az előfordulásuk. Testvérekben az ismétlődés kockázata 11,4%. Ez összhangban van a situs inversus pathogenesisének utóbbi években feltárt szabályszerűségeivel.

Heredity of situs inversus. The Hungarian Congenital Malformation Register recorded 56 situs inversus cases between 1970–1980 of which 37 were total, 4 partial, 1 Kartagener and 3 Ivemark. 11 multiplex cases could be identified. The incidence of situs inversus showed a significant increase in 1975 (13 as compared to 2–5 cases yearly) and also the mortality rate was high (58%). It was observed that this abnormality develops rather frequently in twins and the risk of its occurrence in siblings is 11,4%. These observations accord well with the proprieties of the pathogenesis of situs inversus revealed in the recent years.

A Veleszületett Rendellenességek Országos Nyilvántartása szerint 1975-ben a situs inversus esetek gyakorisága megháromszorozódott (1. tábla). A congenitalis abnormalitások (CA-k) ilyen esetiugrásai szükségszerűen vizsgálatra kell hogy ösztönözzenek. A feladatvállalás jutalma a genetika egy-egy zugának a felfedezése. A situs inversus kórereditének főbb törvényszerűségeiből például testünk aszimmetriáinak és a szervek oldaleloszlásának okai ismerhetők meg.

Vizsgálati anyag és módszer

A magyar Veleszületett Rendellenesség Felügyelet nyilvántartásában az 1970 és 1980 között CA-val születettek között 56 situs inversus szerepel. Először a bejelentésre kerülő adatokat (születési idő, nemi arány, születési súly, ikerség, szülők lakóhelye) értékeltük. Ezt követően a szülőknek, a vizsgálat célját megindító levéllel, kiküldtük az OKI Humángenetikai laboratóriuma által évek óta használt „Adatfelvételi lap”-ot. 2 esetben a cím rossz volt. A maradék 54 eset közül 40 család válaszolt (74,1%). Az index paciens és az első fokú rokonok CA-inak adatait csakis a megküldött, vagy az egészségügyi intézményekből bekért orvosi dokumentáció alapján fogadtuk el. 10 index paciens CA-ját ily módon nem sikerült ellenőrizni. Így végül is 30 család (55,6%) genetikai értékelésére vállalkoztunk. Az index paciensek egészségesnek

mondott testvéreit ellenőrző vizsgálatra hívtuk be a Semmelweis OTE I. Gyermekklinikájára, ahol a szokásos gyermekgyógyászati status felvételén túl EKG, valamint mellkas- és hasi röntgenvizsgálat is történt.

A 66 dextrocardias eset feldolgozására a vizsgálat második lépésében került volna sor.

A situs inversus osztályozása

A situs inversus három típusát különítik el:

1. *Situs inversus totalis.* A szervek helyzetének megváltozása a szokásos situs solitus tükörképét adja.

2. *Situs inversus partialis.* A tükörképszerű elhelyezkedés csak egyes szervekre vagy szervrendszerekre korlátozódik. Ez főleg a hasi zsigerek, ezen belül a duodenum és pancreas helyzetének módosulásában mutatkozik meg. Sokan ide sorolják a dextrocardiát is.

3. *Heterotaxia.* A test szokásos aszimmetriájának kialakulásakor jelentkező fejlődési zavar, amely a situs inversus és a situs solitus közötti átmeneti állapotnak felel meg. Elsősorban bizonyos szív CA-kban, a nagyobb erek rendellenes helyzetében, a tüdő szokatlan lebonyoltságában, a máj kóros pozíciójában, a lép fejlődési zavarában (asplenia-polysplenia, továbbá rendellenes alak, nagyság és helyzet), valamint a belek tökéletlen rotációjában nyilvánulhat meg (31). Tulajdonképpen a fenti kép az Ivemark-szindrómának felel meg. B. Ivemark (24) svéd gyermekgyógyász 1935-ben 14 eset kapcsán írta le az asplenia és a conotruncalis szívrendellenességek kapcsolódását. Később a lép különböző típusú CA-ira (pl. hyposplenia-polysplenia) és általában a komplex szív CA-k-

Botond Csaba a Semmelweis OTE V. éves hallgatójának, mint tudományos diákköri tagnak ez volt az első és sajnos, az utolsó tudományos munkája. A kivételes tehetségű fiatalember 1981. június 28-án meghalt. Csak közeli ismerősei tudják a veszteség nagyságát felmérni.

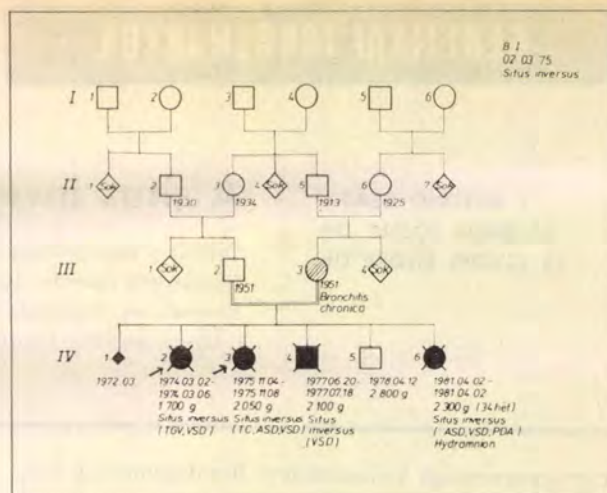
1. táblázat: A bejelentett situs inversus esetek megoszlása Magyarországon 1970–1980-ban

Születési év	Situs inversus			együtt	Multiplex identifi- kálatlan	Összes
	totalis	partialis	syndroma			
1970	4	0	1	5	1	6
1971	4	0	0	2	1	3
1972	2	0	0	2	1	3
1973	1	1	0	2	0	2
1974	3	1	0	4	1	5
1975	12	0	1	13	2	15
1976	2	0	0	2	0	2
1977	4	1	0	5	3	8
1978	4	0	1	5	0	6
1979	2	1	0	3	0	3
1980	1	0	1	2	1	3
Együtt	37	4	4	45	11	56

ra is kiterjesztették e syndromát, kiegészítve a situs inversus partialissal és az abnormis tüdő lebe-nyezettséggel (37, 39, 38). Néhány többszörös test-vérerintettség alapján (37, 40, 39, 43, 11, 7) autosomalis recesszív öröklődést tételeztek fel, de a tapasztalati kockázati érték csak 5% a várt 25% helyett, Landing és mtsai (29) e syndromán belül 5 altípust különítenek el. Anyagunkban 3 Ivemark-syndromás esetet identifikáltunk (2. tábla).

A 37 situs inversus totalis eset közül 12-nek volt congenitalis vitiuma. Ez a 32,4%-os gyakoriság lényegében 32–36-szorosa a szív CA-k szokásos hazai gyakoriságának (15, 34). Korábban 20-szoros gyakoriságról írtak (10, 33). Megoszlásuk 3–3 Fal-lot tetrad és pitvari septum defectus, 2–2 kamrai septum defectus és truncus communis-nagyér transpositio, 1–1 aorta stenosis és „vitium”.

Külön tárgyaljuk azokat a situs inversusokat, amelyekhez más CA-k társulnak. Ezek az ún. mul-tiplex esetek (16) syndromák (Kartagener), associa-



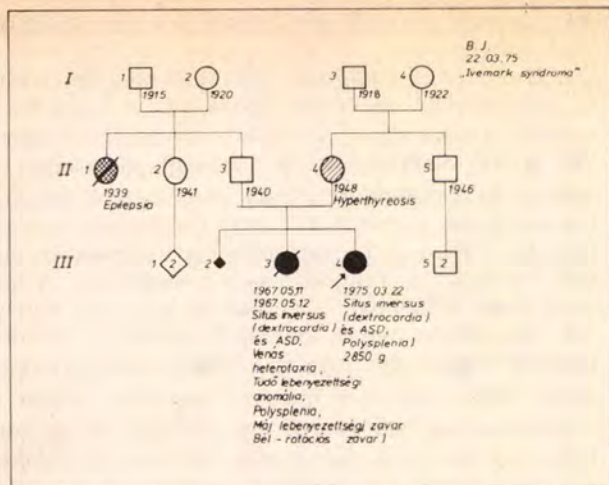
1. ábra.

tiók és véletlen CA-kombinációk lehetnek. A Kar-tagener-syndroma jól ismert körjelző triászát (dextrocardia, bronchiectasia és sinusitis) először Siewert (42) írta le, mégis, elnevezése M. Kartagener (25) 1933 évi 4 esetközléséhez fűződik. (A Szov-jetunióban Siewert- vagy Zivert-syndromának ne-vezik.) Kartagener és Stucki (26) 1962-ben már 334 publikált esetet tudott összegyűjteni. A situs inver-sus autosomalis recesszív öröklődését — 4 testvér érintettségének észlelésekor — Gunther (20) vetet-te fel. Ezt azután megerősítették és a Kartagener-syndromára is kiterjesztették (13, 5, 36, 9, 32, 1, 22). A testvérek várt 25%-os kockázati értékénél azonban sokkal alacsonyabb előfordulást észleltek. Anyagunkban egy bejelentett Kartagener-eset sze-repel (2. tábla), amit — a feltételezhető kórerediti rokonság miatt — a situs inversusos esetek közé soroltunk.

A 11 identifikálatlan multiplex eset (2. tábla) megítélése nem könnyű: két esetben a situs inver-sushoz enyhe fejlődési zavar (inguinalis sérv és cal-

2. táblázat A syndromás esetek és a multiplex CA-k fontosabb adatai

Sor-szám	Szüle-tési év	Nem	Situs inversus	Egyéb CA	Halá-lozás	Születési súly	Születési hely
1.	1970	ffi	Partialis (dextrocardia)	Bronchiectasia+Sinusitis (Kartagener)	—	3000 g	Budapest
2.	1970	ffi	Partialis (viscerális)	Atresia duodeni	+	2500 g	Szabolcs
3.	1971	ffi	Partialis (viscerális+kamrai septum defectus)	Ajakhasadék	+	2500 g	Szabolcs
4.	1972	ffi	Totalis	Polydactylia+Cong.hernia inguinalis	—	2400 g	Pest
5.	1974	ffi	Totalis	Polydactylia	—	2700 g	Baranya
6.	1975	ffi	Totalis	Polydactylia	—	2150 g	Veszprém
7.	1975	nő	Totalis	Borda+csigolya+rekesz CA	+	3700 g	Nógrád
8.	1975	nő	Totalis+pitvari septum defectus	Polysplenia (Ivemark)	+	2850 g	Hajdú
9.	1977	ffi	Totalis	Csigolya CA	+	1700 g	Veszprém
10.	1977	ffi	Totalis+pitvari septum defectus	Calcaneovalgus+Kampto-dactylia	—	2860 g	Zala
11.	1975	ffi	Partialis (dextrocardia)	Polycystás vese+megalour-eter	+	2550 g	Csongrád
12.	1978	nő	Totalis	Cong. hernia inguinalis	—	3300 g	Bács
13.	1978	ffi	Partialis (dextrocardia + nagyértranspositio)	Polysplenia (Ivemark)	+	2600 g	Szabolcs
14.	1980	nő	Totalis	Epeutresia	—	3820 g	Borsod
15.	1980	nő	Totalis + „vitium”	Asplenia (Ivemark)	+	3600 g	Békés



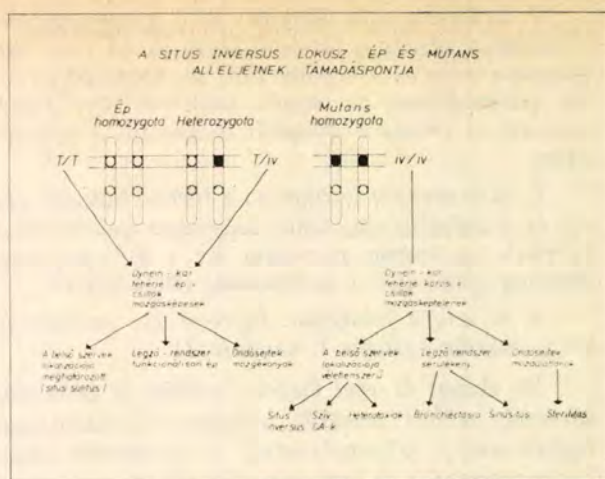
caneovalgus + kamptodactylia) társult, ez lehet véletlen kombináció is. Meglepetést keltett a 3 polydactyliás társulás. Itt emlékeztetnünk kell *Bryan és mtsai* (8) közlésére, akik hydrocephalusos és polydactyliás egér mutánsokban situs inversus is észlelték. Ezen túl a 2 csontváz-rendellenesség (7. és 9. eset), valamint a 3 zsigeri CA (2., 11. és 14. eset) társulása említendő. Az utóbbiak lehetnek esetleg a heterotaxia megnyilvánulásai is. A 11 identifikálatlan multiplex situs inversus eset közül 2-nek volt vitiuma is. A multiplex esetek 46,7⁰/₀-a halt meg egyéves korukig. A fiútöbblet szembetűnő. Az identifikálatlan esetek nagy valószínűséggel eltérő kóreredetű kórképek halmazából állanak, így a továbbiakban ezekkel nem foglalkozunk.

Epidemiológia és teratológia

1. Születéskori előfordulások (1. tábla) — 1975-öt figyelmen kívül hagyva — évenként 2—5 között volt. Az 1975-ben észlelt 13 eset szignifikáns gyakoriságemelkedést jelent, amelynek okát nem ismerjük. A situs inversus 0,024 ezrelékes születéskori prevalenciája ritka CA-ra utal. A multiplex CA-kkal együtt gyakoriságuk 0,03, míg a dextrocardiákkal 0,06 ezrelékre emelkedik. Az USA-ban 0,1 ezreléknek, Japánban 0,24 ezreléknek találtak a situs inversusok előfordulását (41, 27). A magyarországi alacsonyabb előfordulás okát (csecsemőkori felismerés elmaradása, a bejelentés hiányossága, vagy valóban ritkább gyakoriság) egyelőre nem tudjuk megadni. Bizonyos azonban, hogy az itt közölt gyakoriságok *minimum* értéknek tekinthetők.

2. *Szezonális* a situs inversussal születettek havi megoszlásában nem mutatkozott. 1975-ben a 13 esetből 9 az év első négy hónapjában, további 4 pedig június és augusztus között fordult elő.

3. **Területi megoszlásuk,** pontosabban a 20 közigazgatási egység gyakorisága szignifikánsan eltér. 0,05⁰/₀ feletti gyakoriság Békés, Csongrád és Somogy megyében, valamint Budapesten fordult elő. Dunántúl 4 megyéjéből (ahonnan különben sok jelentés érkezik) és Bács-Kiskun megyéből viszont a



3. ábra.

vizsgált 11 év alatt nem jelentettek egyetlen situs inversusos gyermeket sem.

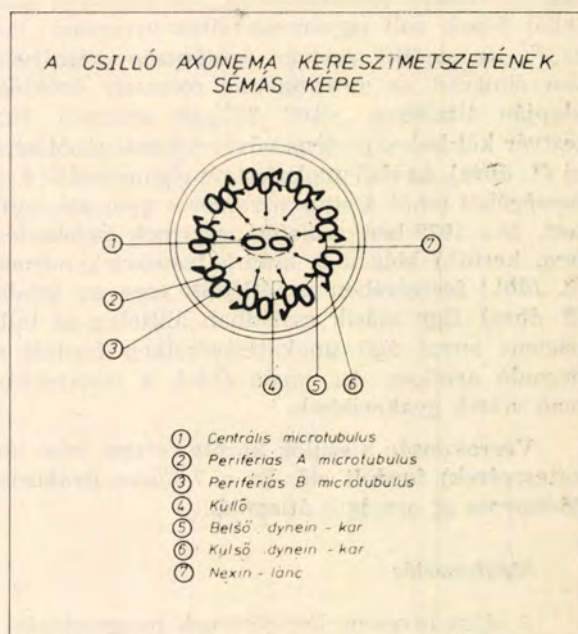
4. A *nemi arányuk* nem tér el a szokásos születéskori fiú—leány megoszlástól.

5. Halálozásuk feltűnően magas (57,8%), különösen a szív CA-kkal társulókban (73,3%).

6. *Ikergyakoriságuk* (9,8⁰/₀) szignifikánsan felülmúlja az országos értéket (2⁰/₀). A 21 szívrendellenesség nélküli situs inversus totalis eset közül 4 ikerben fordult elő (16,0⁰/₀). Mindez a situs inversus és az ikrek pathogenetikai rokonságára utal (45).

Az ikrek megoszlása:

1. Situs inversus leány—ép fiú (kétpetējű);
2. Situs inversus leány—ép leány (egypetējű);
3. Situs inversus leány—ép leány (egypetējű);
4. Situs inversus fiú—ép fiú (kétpetējű).



4. ábra.

7. Születési súly átlaguk: 2856 g számottevően elmarad az országos értéktől (3140 g). (A négy iker levonása után az átlagsúly 2787 g). Meglepő az esetek polarizációja, az egyes szülések 68,6⁰/₀-ának ugyanis az országos átlagnál magasabb a születési súlya.

8. A terhesség lefolyása: 5 terhes hüvelyi vérzés és 3 méhgörcsök, tehát fenyegető vetélés miatt kórházi kezelésben részesült. Ez a 31⁰/₀-os arány némileg magasabb a szokásosnál (20⁰/₀ körül).

9. A szülés lefolyása: fejevégű 21, medencevégű 1, császár 1, fogós 1, vacuum 21.

10. Anyai és apai életkor, születési és terhességi sorrend, szülők szociális helyzete (iskolázottsága, foglalkozása, lakáshelyzete), a terhesség alatti gyógyszeresedés és betegség-előfordulás értékelhető eltérést nem mutatott az országos statisztikáktól.

Genetika

Az értékelte 23 komplex és 3 syndromás situs inversusos esetben az anyáknak — az index paciensen kívül — további 57 megtartott terhessége volt. Ebből 10 elvetélt (17,5⁰/₀), 2 méhen kívüli terhességnek bizonyult (egyik intrauterin fogamzásgátló hurok mellett), 1 pedig halva született. (Az utóbbiban boncolás nem történt, így „testvérként” nem értékeljük.) Ezek az értékek meghaladják a spontán vetélés 13⁰/₀-os, a méhen kívüli terhesség 0,2⁰/₀-os és a halva születés 0,8⁰/₀-os országos gyakoriságát, de a kis esetszámok miatt aligha értékelhetőek. A 44 élve születés közül 21 fiú, 23 leány volt. 9 testvér meghalt, ez a 20,5⁰/₀-os mortalitás sokszorosa a szokásosnak (3⁰/₀ körül). Situs inversust a boncoláskor 5 testvérben találtak. A további 4 eset közül három nagyon kis súlyú újszülött volt (kettő ikerpár), egy légcsőbénulásban (?) halt meg. Az élő testvérek a részletes gyermekgyógyászati kivizsgálás során egészségesnek bizonyultak. (3 testvér féltestvér volt.) A testvérek közül tehát 5-nek volt ugyancsak situs inversus. Ez a 11,4⁰/₀-os „talált” testvér érintettség szignifikánsan elmarad az autoszomalis recesszív öröklődés alapján általában „várt” 25⁰/₀-os aránytól. Négy testvér két index paciens nővér rokonságából került ki (1. ábra). Az első unokatestvér cigányszülők 6 terhességéből tehát 4 situs inversusos gyermek született. (Az 1977-ben született gyermek bejelentésre nem került.) Még a 8. számú Ivemark-syndromás (2. tábl.) testvéreben ismétlődött meg az ártalom (2. ábra). Egy másik családban állítólag az index paciens anyai ágú unokatestvéreibe fordult elő hasonló ártalom. Az egyéb CA-k a testvérekben nem voltak gyakoribbak.

Vérrokonság a szülők között kétszer (első unokatestvérek) fordult elő. Ez a 7,7⁰/₀-os gyakoriság 26-szorosa az országos átlagnak.

Megbeszélés

A situs inversus létrejöttének magyarázatát az elmúlt 10 év kutatásai adták meg. Két alapvetően fontos felfedezés született. Az egyik az állatkísérle-

tes, a másik az elektronmikroszkópos kutatásoknak köszönhető.

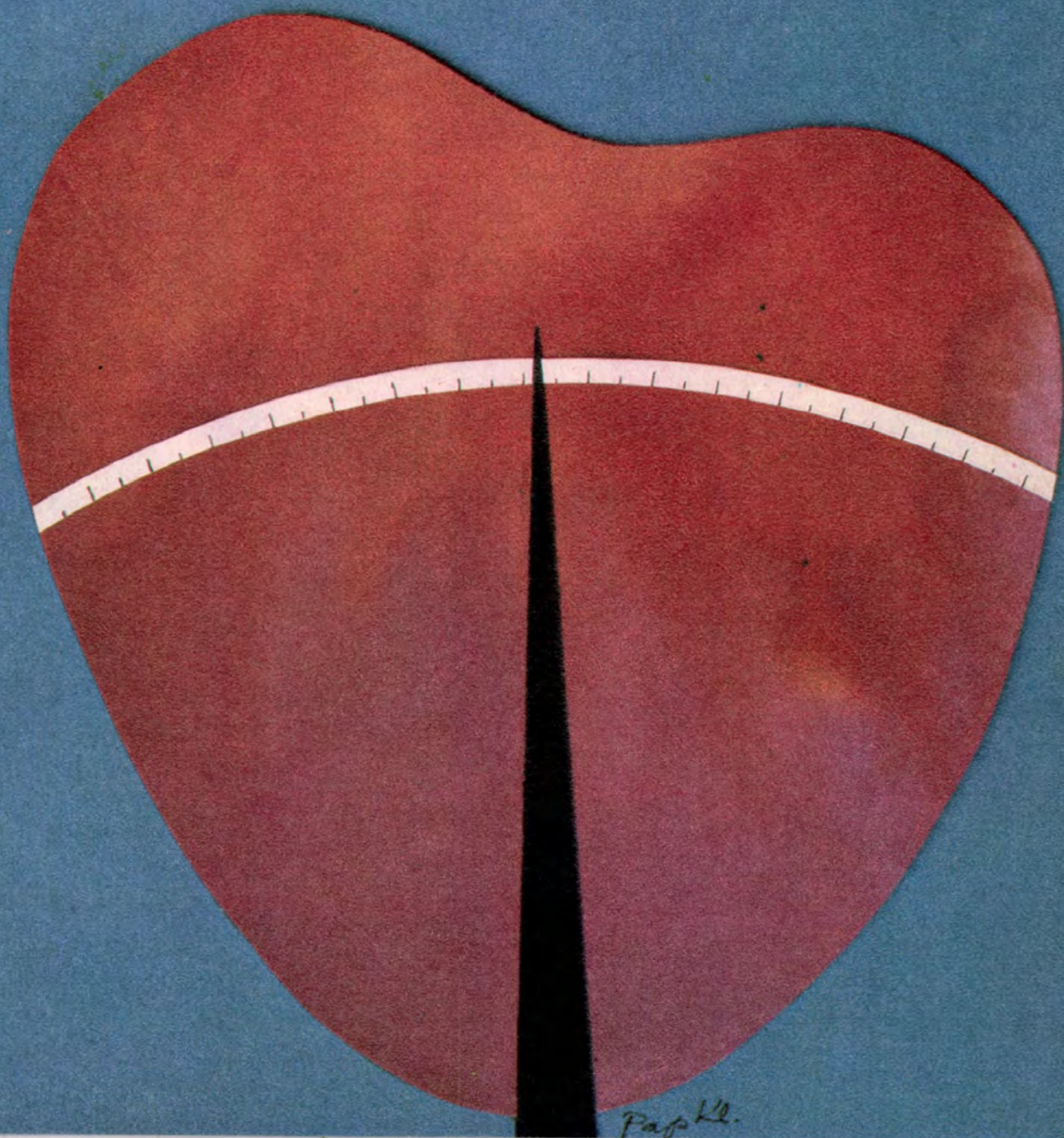
Hummel és Chapman (23) 1959-ben ismertette az egerek situs inversust okozó ún. *iv* („inversed viscera”) mutációját. A mutáns homozygota egyedek (*iv/iv*) életképesek, de — meglepő módon — csupán 50⁰/₀-uknak van situs inversusa. A mutáns homozygoták párosztatásakor az utódokban ugyancsak kb. 50⁰/₀-ban fordult elő situs inversus, de ennek lokalizációja független volt a szülőkétől. A homozygoták 42⁰/₀-ában a mellkas és has nagy vénáinak discordans heterotaxiaját is észlelték. Mindez nehezen egyeztethető össze a Mendel-szabályokkal, mivel ezek szerint a mutáns homozygotákban a rendellenesség 100⁰/₀-os expresszivitása, a mutáns homozygoták utódaiban pedig 100⁰/₀-os, a szülőkével megegyező lokalizációjú penetrancia várható. A magyarázatot Layton (30) találta meg. Kiderült, hogy a phenotypikusan ép heterozygotákban (*T/iv*) a normal allele dominál és meghatározza a zsigerek szokásos situsát (3. ábra). Viszont a mutáns homozygotákban (*iv/iv*) ez a hatás nem érvényesülhet és a zsigerek véletlenszerűen találják meg helyüket. Ez 50⁰/₀-os valószínűséggel megegyezhet a szokással (tehát a situs solitussal), 50⁰/₀-os valószínűséggel azonban eltérhet attól (válhat tehát situs inversussá). A heterotaxia és a situs inversus így a fejlődés genetikai irányításának a hiányára vezethető vissza. Ebből következően a mutáns homozygoták várt situs inversus gyakorisága csak 50⁰/₀-os, testvérek ismétlődési kockázata pedig a szokásos 25⁰/₀-nak csupán fele, tehát 12,5⁰/₀. Ez jól összeegyeztethető a vizsgálatunkban talált 11,4⁰/₀-os értékkel. Ezzel magyarázható az egyetű ikrek szokatlan concordancia aránya is (1/3 concordans situs inversusra, 1/3 discordans, 1/3 concordans situs solitusra). Anyagunk két egyetű ikerpárja ezért lehetett discordans.

A mutáns homozygota situs inversusos egerek 20—68⁰/₀-ában fordult elő rendellenes tüdőlebenyezettség, 30—66⁰/₀-ában számbeli, alakbeli vagy helyzeti lép anomália, 66⁰/₀-ban rendellenes májlokalizáció, 64⁰/₀-ban tökéletlen bélrotáció és csaknem 85⁰/₀-ban szív CA, elsősorban pitvari és ventricularis septum defectus, endocardialis párna defectus és a nagyerek súlyos fejlődési zavara: truncus communis és/vagy nagyér-transpositio. Mindezekhez nagyon gyakran (88⁰/₀-ában) társulnak még ér-, elsősorban vénás heterotaxiák (23, 30). Az egerben talált komplex fejlődési zavar jól megfelel a humán elváltozásoknak. Emberben a situs inversus lokuszt — a Rhesus vércsoport lokuszával való kapcsolódása miatt — az A1 kromoszómában lokalizálták (28, 14).

Nyitva maradt azonban a pathogenesis kérdése, vagyis, hogy a situs inversus lokuszának mutáns génjei hogyan fejtik ki hatásukat? Erre Afzelius (2), majd követőinek vizsgálatai adták meg a választ. A sejtek mozgásának irányításáért az intracelluláris microtubulusok a felelősek. A csillósejtekben a csillószőrök mozgása a microtubulusok sajátos rendszerére, az ún. axonemára vezethető vissza (4. ábra). Az ép csilló keresztmetszetén jól látható, hogy a 2 centralis microtubulustól sugár-

TOBANUM[®]

tabletta





TOBANUM[®] tableta

ÖSSZETÉTEL: 1 tableta 5 mg cloranololum hydrochloricumot tartalmaz.

JAVALLATOK: **Hipertónia:** enyhe és mérsékelt magas vérnyomás esetén ön-magában vagy szaluretikummal, mérsékelt és súlyos hipertóniában szaluretikummal, metildopával és/vagy perifériás értágítóval kombinálva; **angina pectoris; különböző szívritmuszavarok:** paroxysmalis supraventricularis tachycardia (a roham megszüntetésére és a paroxysmusok megelőzésére), krónikus pitvarfibrilláció (digitálissal kielégítően nem befolyásolható kamrai frekvencia csökkentésére és más antiaritmiás szerrel, pl. kinidinnel a sinus-ritmus helyreállítására és fenntartására), ventricularis extrasystolia (különösen, ha azt adrenerg izgalom, pl. terhelés vagy digitálisz-intoxikáció okozza); **esszenciális keringési hyperkinesis; hypertrophias obstruktív cardiomyopathia; hyperthyreosis:** a thyreostatikus kezelés adjuválsására.

ELLENJAVALLATOK: Abszolút ellenjavallatok: digitálissal és diuretikummal nem kompenzálható keringési elégtelenség (a digitálisz pozitív inotrop hatását nem függeszti fel, ezért a keringés kompenzálása után a digitálisz-, ill. a diuretikus terápia folytatása mellett adása nem ellenjavallt), asthma bronchiale, ill. egyéb eredetű súlyos obstruktív légzési elégtelenség, bradycardia (50/min. alatti nyugalmi szívfrekvencia), beteg sinus-csomó szindróma, másod- és harmadfokú atrioventricularis block, metabolikus acidózis.

Relatív ellenjavallatok: claudicatio intermittens és Raynaud-szindróma. Elegendő tapasztalat hiányában terheseknek való adása nem javallt.

ADAGOLÁS: Kezdő adagja felnőtteknek naponta 2-3 x 1/2 tabl. A betegség súlyosságától függően adagja másod-harmadnaponta emelhető a kívánt hatás eléréséig. Átlagos napi adagja 10-20 mg, maximálisan 45 mg.

MELLÉKHATÁSOK: Leggyakoribb a bradycardia, előfordulhat továbbá keringési elégtelenség, obstruktív légzészavar, claudicatiós panaszok fokozódása, gasztrointesztinális panaszok (nausea, diarrhoea), központi idegrendszeri tünetek (alvászavar, fejfájás), fáradékonyság, gyengeségérzés. A mellékhatások jelentős része, pl. az álmatlanság, nausea spontán, az adagolás megváltoztatása nélkül megszűnhet. Néhány tünet, pl. a bradycardia az adag csökkentésével megszüntethető.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK:

Kombinációs kezelés során az együtt

adott egyéb vérnyomáscsökkentő gyógyszerekkel egymás hatását erősítik.

Fokozott óvatossággal adható

- catecholamin depletiót okozó gyógyszerekkel, pl. reszperin, és adrenerg neuronbénítók, pl. guanetidin (bradycardia, ill. hipotenzió veszélye);
- inzulinval és orális antidiabetikummal (vércukorcsoökkentő hatása fokozódhat).

FIGYELMEZTETÉS: Tartós Tobanum-kezelés elhagyása - más béta-blokkolóhoz hasonlóan - csak fokozatosan, orvosi ellenőrzés mellett történhet.

Szívelégtelenség, nagyfokú bradycardia vagy bronchusspazmus jelentkezésekor adagolását be kell szüntetni. Keringési elégtelenségben digitálisz és diuretikum adható; bradycardia esetén 0,5-1 mg atropin, ill. annak hatástalansága esetén béta-receptorizgató (pl. perccenként 5 µg, max. 25 µg izoprenalin) alkalmazható iv. Obstruktív típusú lég-

zészavarban iv. Diaphyllin és atropin adható.

A Tobanum elsősorban labilis és inzulinl igénylő diabetesben a hypoglykaemiás hajlamot fokozhatja és a hypoglykaemiával járó szimpatikus aktivitás tüneteit elfedheti, ezért a vércukorszint időnkénti ellenőrzése szükséges és az antidiabetikum-adagot adott esetben újra be kell állítani. Kloroform, éternarkózis alkalmazása esetén a műtét előtti napokban a Tobanum adását fel kell függeszteni. Ha béta-receptor-blokkolót szedő beteg általános érzéstelenítése szükséges, lehetőleg csekély inotrop hatású készítményt (halotan, nitrogénoxidul) kell választani.

MEGJEGYZÉS: ✱ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

CSOMAGOLÁS: 40 db tabl.

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST



irányban küllők vezetnek a 9 perifériás microtubulus-párhoz. Az utóbbiakat az ún. nexin-lánc kapcsolja össze, összeköttetést teremtve az axonemán belül. A perifériás microtubulus páron belül az A microtubulusnak két: külső és belső oldalkarja van, amelyek fehérjéből, ún. dynein-ből állnak és számottevő ATP-áz aktivitást mutatnak. A dynein contractibilis és a csillók mozgásához szükséges energiát az ATP biztosítja. Afzelius és mtsai 1977-ben írták le a „mozdulatlan csillószőr” (immotile-cilia) syndromát (17) és igazolták, hogy a situs inversus lokusz mutáns homozigotációjában elsősorban *dyneinhányt* és ebből következően a csillószőrök működésképtelenségét idézi elő. Ennek a következményei sokirányúak (3. ábra):

i) A légzőapparátus (nasopharynx, trachea, bronchus) csillószőrös hámfjának functionális elégtelensége magyarázza a Kartagener-syndroma triászának két következményes tünetét: a bronchiectasiát és sinusitist. Sőt, utólag a gyakoribb otitis mediát is a középfül csillószőreinek hiányára írták (18).

ii) A magzati fejlődés során a zsigerek és a szívcső mozgását felszínük monociliás hámfja, tehát a csillószőrök irányítják. Ennek hiánya vezet véletlenszerű helyzetűkhöz és így a situs inversus, dextropositio, heterotaxia és a többi helyzeti CA, beleértve a szív CA-kat is, létrejötté ésszerű magyarázatot kapott.

iii) Végül — már ennek a felfedezésnek következtében — fény derült a Kartagener-syndromás férfiak gyakori meddőségének okára is. A spermium farka csillószőrnek megfelelő képződmény, így a dynein-kar elégtelenségekor az ondósejtek mozgásképtelenek (4, 17). A nők semisterilitásának a lehetősége is felmerült, hiszen a petevezeték csillószőreinek szerepe van a megtermékenyített pete méh felé történő vándorlásában. Belau és mtsai (6) azonban Kartagener-syndromás nő fertilitását igazolták.

A belső szervek szokványos lokalizációját tehát az A1 kromoszóma egyik lokuszának domináns T allélje a csillószőrök mozgása révén határozza meg. Mutációja, a zsigerek helyzetét meghatározó szabályozás felfüggesztődése miatt, bonyolult és sok irányú komplex CA létrejöttéhez vezet. Ennek klinikai megnyilvánulása nagyon széles spektrumot fog át. Nehezen képzelhető el, hogy a Kartagener- és Ivemark-syndroma, valamint az itt említett összes CA egy lokusz alléljeire legyen visszavezethető. Valószínűleg az A1 kromoszóma situs inversus lokuszának alléljeit, mint szabályozó géneket kell felfogni, amelyek — egyéb genetikai és környezeti hatásoktól függően — klinikailag eltérő kórképekben nyilvánulhatnak meg. A különböző lokuszok, illetve mutáns allelek létezése is való-

színű, mivel a csillószőrökben több mint 100 polipeptidet, ezeken belül pedig legalább 10 enzimet és strukturális fehérjét különítettek el (3, 21). A dynein hiányán kívül a microtubulusok rendellenes szerkezete is okozhatja a csillószőrök mozgászavarát. A két autosomális domináns öröklődésűnek tűnő situs inversus eset is erre utal (12, 44).

A ritka situs inversus jól érzékelteti, hogy az öröklődés egy-egy részletének kutatása a biológiai szabályozások milyen mélységű megismerésével és milyen széles távlatú klinikai következményekkel járhat.

Ezúton is köszönjük Kovács Márta segítségét az adatlapok feldolgozásakor.

IRODALOM: 1. Aarons, G. H., Powell, I. J.: Postgrad. Med. J. 1969, 45, 736. — 2. Afzelius, B. A.: Science, 1976, 193, 317. — 3. Afzelius, B. A.: Am. J. Hum. Genet., 1981, 33, 852. — 4. Arge, E.: Lancet, 1960, i, 412. — 5. Bergstrom, W. H. és mtsai: Pediatrics, 1950, 6, 573. — 6. Bleau, G., Richter, C. L., Bousquet, D.: Fertil. Steril. 1978, 30 (3) 362. — 7. Bod M.: Orv. Hetil. 1981, 122. — 8. Bryan, J. H. D. Bates, T. J., Chandler, D. B.: Vth Int. Conf. on Birth Defects, Montreal, 1977. — 9. Campbell, M.: Brit. Heart J., 1963, 25, 803. — 10. Campbell, M. Denchan D. C.: Brit. Heart J., 1967, 29, 268. — 11. Chen, S. C.: J. Pediat. 1977, 91, 160. — 12. Chib, P., Grover, D. N. Shahi, B. N.: J. Med. Genet. 1977, 14 (1), 30. — 13. Cockayne, E. A.: Quart. J. Med. 1938, 7, 479. — 14. Cook, C. D. és mtsai: Amer. J. Hum. Genet., 1962, 14, 290. — 15. Czeizel E. és mtsai: Orv. Hetil. 1972, 113, 1899. — 16. Czeizel, A.: Acta Morph. Acad. Sci. Hung., 1981, 29, 251. — 17. Eliasson, R. és mtsai: N. Engl. J. Med. 1977, 297, 1. — 18. Fischer, T. J. és mtsai: Pediatrics, 1978, 62 (4) 443. — 19. Gorham, G. W., Merselius, J. G.: Bull. Johns Hopkins Hosp. 1959, 104, 11. — 20. Gunther, H.: Biol. Zbl., 1923, 43, 175. — 21. Herzon, F., Murphy, S.: Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 1980, 89, 81. — 22. Holmes, L. B., Blennerhassett, J. B., Austen, K. J.: Amer. J. Med. Sci., 1968, 255, 13. — 23. Hummel, K. P., Chapman, D. B.: J. Hered. 1959, 50, 9. — 24. Ivemark, B.: Acta Paediat. 1955, 44, suppl. 104. — 25. Kartagener, M.: Beitr. Klin. Tuberk., 1933, 83, 489. — 26. Kartagener, M., Stucki, P.: Arch. Pediat. 1962, 79, 193. — 27. Katsuhora, K. és mtsai: Chest, 1972, 61, 56. — 28. Knox, G., Murray, S., Strang, L. B.: Ann. Hum. Genet., 1960, 24, 137. — 29. Landing, B. H. és mtsai: Am. J. Cardiol. 1971, 28, 456. — 30. Layton, W. M.: J. Hered. 1976, 67 (6) 336. — 31. Layton, W. M.: Birth Defects, 1978, 14, (7) 277. — 32. Logan, W. K., Abbott, V. A., Hatcher, C. R.: Dis. Chest., 1965, 48, 613. — 33. Merklin, R. J., Varano, N. R.: J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1963, 45, 334. — 34. Mészáros, M., Czeizel, E., Nagy A.: Hum. Hered., 1975, 25, 513. — 35. Moreno, A., Murphy, E. A.: Am. J. Med. Genet. 1982, 8. — 36. Overhalt, E. L., Bauman, D. F.: Ann. intern. Med., 1958, 48, 574. — 37. Polhemus, D., Schafer, W.: Pediatrics, 1952, 9, 696. — 38. Rose, V., Izukawa, T., Moes, C. A. F.: Brit. Heart J., 1975, 37, 840. — 39. Ruttenberg, H. és mtsai: Amer. J. Card., 1964, 13, 387. — 40. Schönfeld, E., Frischman, B.: Helv. Paediat. Acta., 1958, 13, 636. — 41. Sharma, O. P.: N. Y. State J. Med., 1972, 72, 1057. — 42. Siewert, A. K.: Berlin München Tierarztl. Wschr., 1904, 2, 139. — 43. Simpson, J., Zellweger, H.: J. med. Genet., 1973, 10, 303. — 44. Torgersen, J.: Acta Radiol., 1947, 28, 17. — 45. Torgersen, J.: Arch. Path., 1949, 47, 566.

JAGODA

lézeres fizioterápiás berendezés
— trofikus sebek, fekélyek,
viszkető dermatózisok, reumás artritisek
a betegség korai stádiumában való
gyógyítására, valamint egyes
szív-érrendszeri betegségek
gyógyítására, — mikrobiológiai
kutatások végzésére.

A berendezés működési elve
a 0,63 mkm hullámhosszú lézersugár
energiájának a biológiai objektumok
regenerálásakor észlelt stimuláló
hatásának felhasználásán alapul.

Fő műszaki adatok:

Hullámhosszúság, mkm 0,63

Sugárzási

teljesítmény, mW min. 12

Sugárfolt átmérő

szabályozás határai, mm 5-től 300-ig

Sugárzás automatikus

időkésleltetési

sávja, perc 1–6

Méretek, m 2,4x1,55x1,9

Műszaki élettartam (az aktív elem

1500 üzemóránkénti

cseréjével), óra 10.000

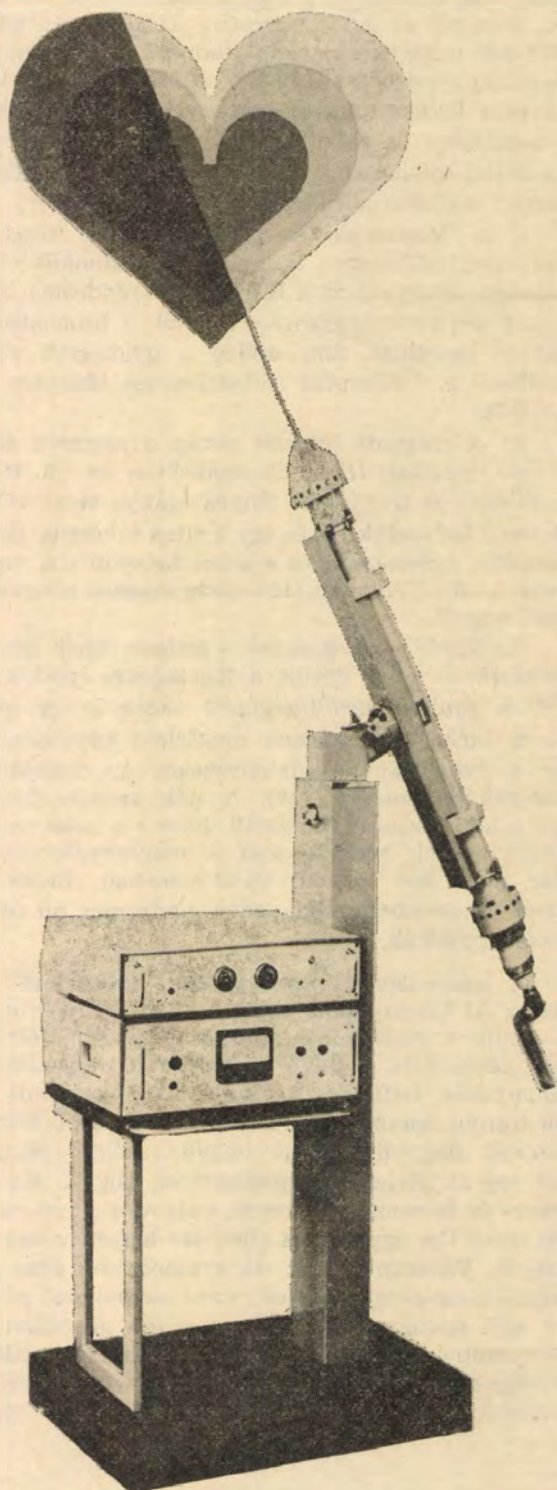
Exportőr: V/O „Medexport”

Szovjetunió, 113461, Moszkva

ul. Kahovka, 31

Telefon: 121-01-54

Telex: 411247,411951 Medex Su



MEDEXPORT

MOSCOW USSR

TELEX: 411247 411951

SÁGODI LASZLÓ DR.
ÉS KISS ÁKOS DR.

Appendicititist követő adnexitisek gyermekkorban

Megyei Kórház-Rendelőintézet, Miskolc, Gyermekegészségügyi Központja
Orvostovábbképző Intézet, Budapest

II. Gyermekgyógyászati Tanszék (tanszékvezető: Velkey László dr.)

II. Gyermekosztály (osztályvezető főorvos: Vissy Ágnes dr.)

Gyermeksebészeti Osztály (osztályvezető főorvos: Vincze János dr.)

A szerzők 146 appendectomizált leánygyermeknél fellépő gyulladásos adnex folyamatok gyakoriságára mutatnak rá. Véleményük szerint a heveny és krónikus nőgyógyászati szövődmények száma lényegesen csökkenthető az idejében végzett appendectomiával, valamint az akut adnexitisek korai felismerésével és adequat kezelésével.

Adnexitis following appendicitis in childhood. The authors point out the frequency of inflammatory adnex processes following appendectomy in 146 girls. In their opinion the number of acute and chronic gynecological complications may be reduced significantly by the appendectomy performed in time as well as by the early recognition and adequate treatment of acute adnexitis.

A leánygyermekek appendicitisének leggyakoribb nőgyógyászati szövődménye az egy- vagy kétoldali akut adnexitis (4, 16, 25, 28, 32). Ezt nem ritkán követhetik hosszan tartó panaszokkal, fájdalmakkal és következményes sterilítással járó krónikus adnexum folyamatok (2, 3, 5, 8, 9, 12, 18, 19).

A felnőttkori adnexitissel ellentétben, gyermekkorban az ascendáló fertőzés ritka (37), s rendszerint gonorrhoeás eredetű (1, 23, 34). A gyermekkori adnexitisek kevés kivétellel appendicitis következményeként jönnek létre.

Munkánk során arra törekedtünk, hogy felmérjük beteganyagunkban az appendicitishez társuló gyulladásos adnexum folyamatok gyakoriságát.

Beteganyag és módszer

Intézetünk gyermeksebészeti osztályán 1978–80 között appendectomizált 146 leánygyermeknél végeztünk ellenőrző gyermeknőgyógyászati vizsgálatokat.

Ha a műtét során periappendicularis infiltrátumot, purulens exsudatumot, vagy ha a petevezetéken és petefészek felszínén gyulladásos tüneteket találtunk, akut adnexitis diagnózisát állítottuk fel. Ha a tuba és az ovárium a műtétkor épeknek látszott, de a műtétet követő napokban a függelékek gyulladásának a gyanúja merült fel, akkor nőgyógyászati és laboratóriumi (We, vérkép) vizsgálatot végeztünk. Akut adnexitis mellett szólt, ha a rektális vizsgálatnál a függelékek és a Douglas erős nyomásérzékenységet találtunk, kitapintható eltérés nélkül. Az appendectomia utáni korai időszakban a magas vvt süllyedést és leukocitózist csak akkor értékeltük adnexitisként, ha ezt a sebészeti status nem magyarázta. Műtét után akut adnexitisre utalt a beteg nem javuló általános állapota, alhasi

fájdalma, dysuriája, vérzészavara, hányása és subfebrilitása. Hüvelyi folyást nem észleltünk egyetlen esetben sem.

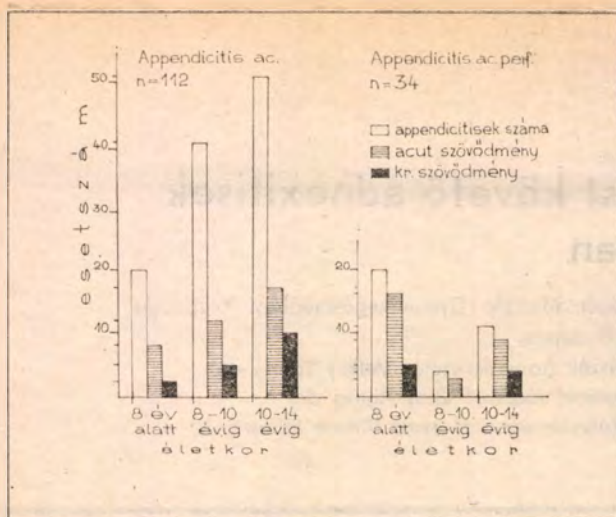
A hazabocsátást követően egy hónap múlva kontroll nőgyógyászati vizsgálatra visszarendeltük betegeinket. Tájékoztottunk az alhasi panaszok, indokolatlan hőemelkedés, láz után. Minden esetben vvt süllyedés, vérkép-, vizeletvizsgálatot végeztünk és rectalisan ellenőriztük a nőgyógyászati státust. Krónikus adnex folyamatot tételeztünk fel, ha az alhasi panaszok fennálltak, rectalis vizsgálat után adnexérzékenységet és köteges sacrouterin szalagot észleltünk. Gyanús esetekben rövidhullám provokálást végeztünk. Az adnex folyamat ezen stádiumában a rövidhullám provokálás előtt és után 1–2 órával elvégzett vvt süllyedés és fvs szám meghatározás komoly segítséget nyújtott a diagnózis felállításában.

Ugyanezen vizsgálatokat megismételtük panaszok esetén, de legkésőbb fél év múlva. A kezelt betegeinket panaszmentesség esetén is legalább egy évig gondoztuk.

Az akut perforált appendicitisekhez társuló, lényegében a diffúz peritonitis részeként fellépő, heveny adnexitisek antibiotikus kezelését a műtét napjától a teljes panaszmentesség, a We, fvs szám normalizálódása és a tartós láztalanság eléréséig alkalmaztuk.

Széles spektrumú antibiotikummal kezdtük a kezelést, melyet a műtétnél levett váladék antibiogramja alapján célzottan folytattunk. Ezen terápiánkat kiegészítettük az anaerob kórokozókra ható Klion tablettá 7 napos adásával. Leggyakrabban Gentamycin, Polymyxin, Pyopen, Keflin készítményeket alkalmaztunk. Otthonra további 1–2 hétig tartó általános gyulladáscsökkentő szerek adását javasoltuk.

A nem perforált appendicitisek szövődményeként fellépő adnexitisek gyógyításánál, ahol a tünetek kevésbé voltak viharosak, az antibiotikum adását csak azon esetekben indítottuk el, a műtét utáni napokban, ahol a nőgyógyászati szövődmény tünetei egyértelműekké váltak. Célzott kezelést ezen esetben nem volt módunkban alkalmazni. 2 napos láztalanság és panaszmentesség után az antibiotikumok adását beszüntettük. A krónikus adnex folyamatok esetében az általá-



A nőgyógyászati szövődmények és azok életszakaszok szerinti megoszlása

nos gyulladáscsökkentő szerek (szalicil készítmények) adása mellett rövidhullám kezelést alkalmaztunk. Ezt tartós balneoterápia követte.

A statisztikai értékelésnél a Student-féle „t” próbát használtuk.

Eredményeink

A 146 appendectomizált leánynál fellépő gyulladásos nőgyógyászati szövődmények életszakaszok szerinti megoszlását ábrán mutatjuk be.

Külön tüntettük fel a perforált és a nem perforált appendicitisek gynecologiai szövődményeit.

Beteganyagunkban a nem perforált appendicitiseket szignifikánsan ($p < 0,01$) gyakrabban követik krónikus nőgyógyászati szövődmények, mint a perforált appendicitiseket.

Feltűnő, hogy a perforált appendicitisek száma a 8. életév alatt — nemi érés kezdete előtt — gyakoribb, mint a későbbi életkorokban.

Beteganyagunkban a perforált appendicitisek esetében a nemi érés kezdete előtt szignifikánsan ($p < 0,01$) gyakrabban lép fel akut gyulladásos nőgyógyászati szövődmény, mint a későbbi életkorokban. Ugyancsak feltűnő, hogy mindkét csoportban 10—14 év között a krónikus szövődmények száma magas.

Megbeszélés

Jellemző a descendáló adnexitisekre, hogy a jobb oldali, vagy mindkét oldali tuba — erős gyulladás ellenére — abdominalis szájadéka nyitott marad. Ezt Egger (6, 7) és Fleischmann (7) vizsgálatai is alátámasztják, akik a gyógyult eseteik laparoscopos vizsgálatai során a tuba abdominalis nyílásának teljesen normális képét találták. Ennek ellenére a tuba passage a gyulladásos elváltozás miatt jelentősen akadályozottá válhat. Különösen fennáll ennek a veszélye az elégtelenül kezelt esetekben. Ez érthetővé teszi a descendáló úton létrejött adnexitiseket követő sterilitások magas számát (10, 16, 25). Geerdsen (10) és még néhány szerző felnőttkorban nem találtak különbséget a perforált és a nem perforált appendicitishez társuló következményes sterilitás gyakoriságában (14, 24).

Beteganyagunkban a perforált appendicitises leánygyermek között gyakrabban fordul elő akut szövődmény, mint a nem perforált appendicitisnél. Krónikus szövődményeket a nem perforált esetekben észleltünk magasabb számban. Ennek okát abban látjuk, hogy a nem perforált appendicitisek esetében antibiotikumokat ritkábban vagy rövidebb ideig adtunk. Így nagyobb volt az esély arra, hogy lappangva adnexitis alakuljon ki. Az adnex szövődmények magas számára utaló csekély számú irodalmi közlések késztettek bennünket arra, hogy az appendectomián átesett kislányokat rendszeresen ellenőrizzük (10, 16, 25, 28). 1978-tól az appendectomizált leánybetegeknél rendszeres ellenőrző nőgyógyászati vizsgálatokat végzünk. Ezt azért tartjuk fontosnak, mert így az akut szövődmények mellett a krónikus adnex folyamatok is idejében felismerhetők. Ez lehetővé teszi, hogy adequat kezelés mellett a következményes hasi panaszokat és sterilitást megelőzzük (13, 20, 21, 30, 38).

A szövődmény megelőzését, illetve számának csökkenését segíti elő, ha az appendicitisek esetében idejében történik a műtét (11, 15, 22, 27, 29, 35). Közismert, hogy gyermekkorban az appendicitis diagnózisa még a perforált esetekben sem mindig könnyű (17, 26, 29, 31, 33, 36).

Kisebb hibát követünk el, ha bizonytalan esetekben — olykor — diagnosztikus tévedésként egészséges appendixet távolítunk el, mivel a gyulladásos szövődmények súlyos septicus állapotot hozhatnak létre, vagy a későbbi korban következményes meddőség okozói lehetnek.

Az appendicitishez társuló korai és késői nőgyógyászati elváltozások és panaszok elkerülése érdekében az idejében végzett műtétet túl, törekedni kell az adnex szövődmények korai felismerésére és a teljes gyógyulásig megfelelő tartós kezelésére.

Szükségesnek látszik nőgyógyászati szövődmények prevenciója érdekében a gyermekgyógyász, gyermeksebész, a gyermeknőgyógyász együttműködése.

IRODALOM: 1. Auman, G. L.: Pediatrics. 1976, 58, 287—288. — 2. Barna K. és mtsai: Orv. Hetil. 1973, 114, 1430. — 3. Berky J. és mtsai: Orv. Hetil. 1974, 115, 208. — 4. Bodeajina, V. J., Strugatki, V. H.: Obstet. si. Gynec. 1978, 26, 349—355. — 5. Dech, H. G.: Geburtsh. und Frauenheilk. 1958, 11, 1369. — 6. Egger, H., Christ, F.: Geburtsh. u. Frauenheilk. 1978, 38, 941—942. — 7. Egger, H., Fleischmann: Geburtsh. u. Frauenheilk. 1977, 37, 625. — 8. Fekete S.: Orv. Hetil. 1950, 91, 879. — 9. Ferkó S.: A függelék és méh körüli kötőszövet gyulladásos betegségei. Medicina. Budapest 1958. — 10. Geerdsen, J., Hansen, J.: Acta Obstet. Gynec. Scand. 1977, 56, 523. — 11. Georgiu, N. J.: Klin. Hir. 1979, 6, 49—50. — 12. Grönberger, V.: Wiener Klinische Wochenschrift. 1958, 12, 207—210. — 13. Haake, K. W., Beumann, L.: Z. arztl. Fortbild. 1982, 76, 256—259. — 14. Hauber, K. P.: Chir. praxis. 1978, 23, 77—93. — 15. Hopfgartner, L.: Chir. praxis. 1971, 15, 441—448. — 16. Huber, A., Hiersche, H. D.: Praxis der Gynäkologie im Kindes und Jugendalter. Stuttgart. Thieme. 1977, 194. old. — 17. Jenny, P.: Chir. praxis. 1978, 23,

129—133. — 18. Knuth, U. A. és mtsai: Geburtsh. u. Frauenheilk. 1982, 42, 52—55. — 19. Kovács T.: Magy. Nőorv. Lapja. 1960, 23, 48. — 20. Lardaro, H. H.: J. A. M. A. 1954, 156, 669. — 21. László J., Gaál M.: Nőgyógyászati pathológia. Medicina. Budapest 1976, 280. old. — 22. Levitan, K. Ja., és mtsai: Szov. Med. 1979, 6, 30—32. — 23. Litt, I. F.: J. A. M. A. 1978, 240, 1253—1254. — 24. Marchildon, B. M., Didgeon, L. D.: Annals of Surgery 1977, 185, 84—87. — 25. Mazurkiewicz, J., Wilczynska, E.: Ginek. pol. 1979, 50, 241—244. — 26. Mothes, W.: Zbl. Chir. 1972, 97, 772. — 27. Perovic, S. és mtsai: J. Int. Med. Res. 1978, 6, 89—93. — 28. Peter,

R., Vesely, K.: Kinder Gynakologie, Thieme. Leipzig 1966, 94. old. — 29. Piroth, P. és mtsai: Chir. praxis. 1978, 24, 297—302. — 30. Podhragyay L., Makay L.: Orv. Hetil. 1969, 110, 543. — 31. Puder, H.: Zbl. Gynakol. 1981, 103, 902—908. — 32. Ságodi L.: Gyermekgyógyászat. 1980, 31, 238—242. — 33. Schuster, J. és mtsai: Zbl. Chir. 1971, 96, 1743. — 34. Smith, N. S. és mtsai: Clin. Pediat. 1980, 19, 791—796. — 35. Stauber R. és mtsai: Wien. med. Wschr. 1962, 112, 977. — 36. Stone, H. H. és mtsai: Surgery. 1971, 69, 673. — 37. Touloukoan, R. J.: J. Pediatr. 1974, 85, 281. — 38. Zoltán I.: Nőgyógyászat. Medicina. Budapest 1960, 68. old.

VITAMIN E

KAPSZULA 100 mg, OLAJOS INJEKCIÓ 30 mg.

ÖSSZETETEL: 1 kapszula 100 mg tocopherolum aceticum, 1 amp. (1 ml) 30 mg tocopherolum aceticum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Felnőttek: Sterilitás, habitualis abortus, abortus imminens, terhesség és lactatio alatt a fokozott E-vitamin szükséglet kiegészítésére, oligo- és amenorrhoea, menopausa-syndroma. Endarteritis obliterans, localis keringési és trophiás zavarokon alapuló végtag-megbetegedések. Gyerekek: Újszülöttkori sclerodéma, atrophia, dystrophia, coeliakia, sprue, malabsorptio, epe-út-elzáródás, csökkent capillaris resistenciával járó kórállapotok, égésbetegség, dystrophia musculorum progressiva.

ADAGOLÁS: Felnőttek: Általában hetente 1—2 alkalommal napi 1—3 kapszula vagy hetenként 2—3 amp. im. Menopausa-syndroma kezelésére naponta 2—3 kapszula, 2—3 hétig, ha a panaszok csökkennek, másodnaponta 1 kapszula további 5—6 héten át. Habitualis abortus, abortus imminens esetén adagja allyloestrol tartalmú készítményekkel (pl. Turinallal) kombinálható. Súlyosabb esetekben napi 150—130 mg im.

Gyerekek: Általában 3—12 hónapos korig napi 0,3—1,0 ml im. 1—14 évesig hetente 2—3 alkalommal 1 kapszula vagy 0,5—1,5 ml im. naponta. Ezek az adagok kb. a feltételezett napi szükségletnek felelnek meg (substitutív adagok). Farmakológiai hatás elérésére (pl. égésbetegségekben), dystrophia musculorum progressivában, ezeknek az adagoknak sokszoros (5—10-szeres) adandó. Újszülöttkori sclerodémiában 0,3—0,5 ml im., 2—5 napon át.

Hazai vizsgálatok alapján indokoltnak látszik a mesterségesen táplált csecsemőket (2—12 hó között) a hiányállapot (alacsony vérszint) elkerülése végett E-vitamin substitúciójában részesíteni.

MEGJEGYZÉS: Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal ismételtető).

CSOMAGOLÁS: 10 db kapszula
5 × 1ml ampulla

térítési díj: 6,30 Ft.
térítési díj: 3,30 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest

az



1983. I. félévi kiállítási programja

Május 24—június 3.

Június 14—18.

Égésügyi Újítók kiállítása a Bemutatóteremben

„BORZE” Győrben



Bemutatóterem

Bp. VI., Népköztársaság útja 36.

Nyitva: naponta 9—16 óráig

Kiállításainkra minden érdeklődőt szeretettel várunk



Orvosi Műszerkereskedelmi Vállalat

Potesept

SZIRUP

S 300

Összetétel:

Trimethoprimum 0,40 g
Sulfadimidinum 2,00g — 50 ml szirupban

Javallatok:

A felső és alsó légutak fertőzései:

— akut és krónikus bronchitis, bronchiectasia, pneumonia, tonsillitis, sinusitis, pharyngitis.

A vese- és húgyutak fertőzései:

— akut és krónikus cystitis, pyelitis, pyelonephritis, urethritis.

Epehólyag és epeutak gyulladásos megbetegedései:

— cholecystitis, cholangitis.

A gyomor- és bélrendszer fertőzései:

— enteritis, typhus abdominalis, paratyphus, dysentéria.

Bőrfertőzések:

— pyoderma, furunculus, abscessus, sebfertőzés.

Ellenjavallatok:

Máj- és veseelégtelenség, vér-dyscrasia, trimetoprim és szulfonamid-túlérzékenység.

Adagolás:

A készítményt akut infekció esetén legalább 4 napon át kell adni (azon túl csökkentett adagban), általában pedig 2 napi tünetmentesség eléréséig.

Csecsemőknek és kisdedeknek naponta 3–4 test-súlykg-onként 2,5 ml.

1–3 éveseknek 2×2,5–5 ml, azaz 2×0,5–1 adagolókanál

3–6 éveseknek 2×5–7,5 ml, azaz 2×1–1 1/2 adagolókanál

7–12 éveseknek 2×7,5–10 ml, azaz 2×1 1/2–2 adagolókanál

Az adagolókanál 5 ml űrtartalmú (40 mg trimethoprim + 200 mg sulfadimidin). 3 hónapos kor alatt a gyógyszer adagolása megfontolandó! Elnyújtott adás esetén (pyuria, asthma, bronchitis stb.) fenntartó adagot — általában a szokásos adag felét — mindenkor csak orvosi előírás és ellenőrzés mellett szabad alkalmazni.

Mellékhatások:

Rossz közérzet, fejfájás, gyógyszer-exanthema, gyomorpanaszok. (Utóbbi ellensúlyozására célszerű kevés sósavat is adni.) Ritkán, múló jellegű vérképzőrendszeri károsodás észlelhető (leukopénia, trombocitaszám- és folsavszint csökkenés). Ezek az elváltozások folsav adására gyorsan rendeződnek. Máj-károsodás. A mellékhatások főként tartós (3–8 hetes) kezeléskor észlelhetők.

Figyelmeztetés:

Koraszülötteknek és újszülötteknek, továbbá csecsemőknek 6 hetes korig nem adható. Korlátozott vesefunkció esetén — a kumuláció veszélyének elkerülése végett — csak redukált adagok adhatók. (A plazmakoncentráció meghatározása ajánlatos.)

Hosszantartó kezelés alatt a vérkép (a thrombocyta-szám is) rendszeres ellenőrzése szükséges!

Óvatosan adagolandó folsavhiányos anémiában.

A kezelés ideje alatt megfelelő mennyiségű folyadék beviteléről gondoskodni kell.

Ha a kezelés ideje alatt exanthema keletkezik, a gyógyszer szedését abba kell hagyni.

Gyógyszerkölsönhatások:

Kerülendő az együttadás:

— fenitoinnal (a fenitoin szérumszintje toxikusig emelkedhet)

— szalicilátokkal, fenilbutazonnal és naproxennel (a szulfonamid komponens szérumszintjét toxikus értékre emelhetik).

Megjegyzés:

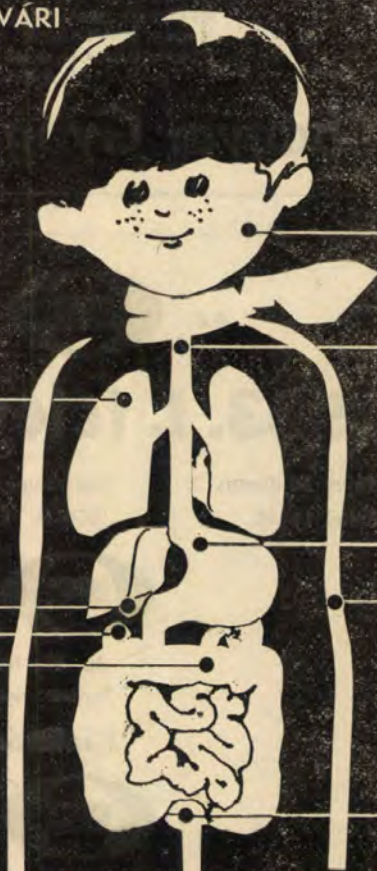
++ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető

Csomagolás:

50 ml szirup 3,30 Ft.

Forgalomba hozza:

ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR,
TISZAVASVÁRI



BAGI ISTVÁN DR.
ÉS BALÁS GYULA DR.

A cervicofacialis actinomycosisról

Megyei Kórház-Rendelőintézet, Eger
Szájsebészeti Osztály (főorvos: Bagi István dr.)

A cervicofacialis actinomycosis jól ábrázolt klinikai képe ellenére a betegség diagnózisa napjainkban is nehézségeket okozhat. A sugárgomba okozta megbetegedés ma sem ritka, előfordulásával számolnunk kell. A tályogok megnyitásán kívül az egyéb sebészeti beavatkozásokat csak kivételesen alkalmazzuk. Az adequat terápia a nagy adagokban és tartósan alkalmazott penicillin. Az eredményes kezelés nem igényel feltétlenül hospitalizációt. Megelőző céllal minden állcsonttörés esetében helyes penicillint adni.

About cervicofacial actinomycosis. Though the clinical appearance of cervicofacial actinomycosis is well defined, the diagnosis of the disease may cause difficulties nowadays too. Illness caused by Actinomyces not rare today yet, one has to reckon with its occur. Except the opening of abscesses other surgery interventions are seldom used. Adequate therapy is penicillin aplayed big dose long-lasting. The effectiv treatment does not claim a nursing in hospital by all means. To give preventive penicillin at the case of every mandible fracture is proper.

Az actinomycosis (továbbiakban: ams) évszázada jól körülhatárolt kórkép. Diagnosztikája és terápiája azonban ma is nehézségeket okozhat és nemegyszer okoz is a gyógyító orvosnak. Az emberi test egyéb tájain (thoracalis, abdominalis stb.) való előfordulása mellett legnagyobb figyelmet a cervicofacialis lokalizáció érdemel, mivel ez a forma képviseli az esetek túlnyomó többségét (8).

Leggyakrabban fiatal férfiakon fordul elő, egyes szerzők szerint inkább a vidéki lakosság körében (3, 7, 22). Az elváltozás klinikailag az állkapocstájék, ritkábban a nyak- vagy az arc-, még ritkábban a halántéktáj bőr alatti beszűrődésével kezdődik, mely ujjbegynyi, vagy annál nagyobb, mérsékelten fájdalmas. A folyamat a szövetekben per continuitatem terjed tovább, s a bőr barnáslividdé színeződik, az induratio „deszkamennnyé” fokozódik, egymást követően több helyen gennyesen beolvad. Bőrsipolyok képződnek, a belőlük ürülő seropurulens váladék gombostűfejnyi sárgás csomócskákat, „kén-granulumokat” tartalmazhat. Egyes sipolyok begyógyulhatnak, mellettük újak keletkeznek. A masseter beszűrődése szájzáratot okozhat. A regionalis nyirokcsomók reakciót nem mutatnak, láz nem észlelhető — a súlyosan progresszív (14), társfertőzéssel járó vagy generalizált (12) esetek kivételével a beteg általános állapota jó. Normocytás normochrom anaemia gyakran kíséri, esetenként enyhe leukocytosis, fokozott vörsejt-süllyedés jelentkezhet (31).

A betegség kórokozója a Pseudomycetes közé sorolt sugárgomba, melynek több rokon tulajdonsága van a baktériumokkal, például az, hogy antibióticumokra, chemotherapeuticumokra, azokhoz

hasonlóan reagál. Az elmúlt évtizedekben a kutatók egy része a szarvasmarhát is megbetegítő Actinomyces bovis tartotta a kórokozónak (11, 15). Mai ismereteink szerint elfogadottnak tekinthetjük az Actinomyces wolf-israeli kórokozó szerepét. Ez a Gram-pozitív sugárgomba szaprofitaként gyakran jelen van az ember szájüregének mikroflórájában. Odvas fogon, fog melletti ínytasakon, vagy bármely sérülés (28) okozta szöveti résen át a mélybe hatolva anaerob módon szaporodhat. A mandibula csontján is áthatol, de annak manifeszt elváltozását csak ritkán, előrehaladott stádiumban okozza (9). Számos észlelés mutat arra, hogy a gomba pathogenné válását társfertőzőként jelen levő egyéb mikroorganizmusok elősegítik (6, 23).

Tanulmányunk összeállítására az a cél vezérelt, hogy állást foglaljunk a következő kérdésekben:

1. A cervicofacialis ams gyakorisága;
2. A betegség diagnosztikája;
3. Terápia.

Esetismertetés

Ötéves beteganyagunkból (1977. szept. 1-től 1982. aug. 31-ig) kiemeltünk néhány általunk jellegzetesnek vélt esetet:

1. B. S. 26 é. városban élő kéményseprő 1980. szept. 27-én került felvételre osztályunkra balesetből származó, lágyrész-sérüléssel is járó kétoldali mandibula fractura miatt. 2×1½ g Chlorocid inj. adását kezdtük el, mandibulo-maxillaris sínezést alkalmaztunk. 6 nap elteltével a j. o. törvégeket drótvarrattal egyesítettük. Okt. 8-án zavartalan sebgyógyulást észlelve hazabocsátottuk. Hetenkénti kontrollra rendeltük vissza, 4 hét múlva a síneket eltávolítottuk. Nov. 18-án a b. o.-i törés vonalában az áll alatt 4–5 cm átmérőjű kemény, lividen elszíneződött infiltrációt észleltünk, mely több helyen ujjbegynyi beolvadást mutatott, ezekből sipoly-nyílásokon át seropurulens váladék ürült. Ismét felvettük. We: 5 mm/ó., láztalan volt. Mivel a törésvonalban

A vizsgált időszak éve		1	2	3	4	5
Fekvő betegek száma	Klinikai dg. alapján	3	2	3	2	
	Laboratóriumi dg. alapján	2			3	4
Ambulans betegek száma	Klinikai dg. alapján		2	1	1	1
	Laboratóriumi dg. alapján			2	3	2

rendellenes elmozgathatóságot észleltünk, a sínezést megismételtük. Incisiót végeztünk, váladékot vettünk tenyésztésre. Napi 2×1 ME Retardillint adtunk. A tenyésztés eredménye: *Staphylococcus epidermidis*. Anaerob baktérium nem tenyésztett ki. A beteg állapota néhány nap alatt rohamosan javult, november 27-én kibocsátottuk. Mivel a megbetegedést a körlefolys alapján ams-nak tartottuk, otthonra 1 hónapon át napi 3×2 tabl. Maripen szedését rendeltük, majd további 2 hónapon át 3×1-et. A betegség kiújulásáról nincs tudomásunk.

2. M. I. 35 é. községben élő traktoros első alkalommal 1981. október 6-tól feküdt osztályunkon. 4 héttel előbb fájni kezdtek a fogai, 3 hete a b. arcfele megduzzadt. 1 hete a fogát kihúzták. A duzzanat átmeneti csökkenés után ismét növekedett. Felvételek a b. gland. submand.-nak megfelelő helyen zöldsdiónyi tömött resistentia volt tapintható. We: 30 mm/ó., T: 37,6 C-fok. Napi 2×2 tabl. Sumetrolimot adtunk. 1 hét elteltével a duzzanat csökkent, hőemelkedése nem ismétlődött. Sialolithiasis irányában végzett vizsgálataink (intra- és extraoralis röntgenfelvétel, sialographia) negatív eredménnyel jártak. 17-én hazabocsátottuk. Duzzanatának ismételt fokozódása miatt 4 nap múlva ismét felvettük. We: 5 mm/ó., láztalan volt. Párakötések után infiltrációja beolvadt, 24-én incisiót végeztünk. Kevés purulens váladék ürült, mely „kén-granulomokat” tartalmazott. Napi 2×1 ME Retardillint adtunk. A direkt kenet mikroszkópos vizsgálata *Actinomyces* mutatott ki. 29-én hazabocsátottuk. Egy hónapon át napi 3×2 tabl., majd még két hónapig 3×1 tabl. Maripent szedett. 1982. február 25-én ismét felvettük, mert a 4 hónappal korábbi incisió helyén 1 hét óta cseresznyéni infiltráció keletkezett. 1 héten át napi 2×10 ME penicillint adtunk Rindex-10 infúzióban, majd ambulanter kezeltük tovább: 4 hónapon át napi 3×2 tabl. Maripent kapott. Gyógyult.

3. P. J.-né 54 é. községben élő mezőgazdasági munkást járóbetegként kezeltük. 1982. jún. 11-én jelentkezett a felső ajak j. o.-ában tapintható babnyi tömött csomó miatt, melyet 2–3 hónappal azelőtt vett észre. Fibromára, esetleg neurilemmómára (2) gondolva a tumort egészében eltávolítottuk. A szövettani vizsgálat diagnózisa: Ams labii sup. A műtéti seb zavartalanul gyógyult. 2 hónapig napi 4×2 tabl. Maripen szedését rendeltük, majd további 2 hónapra 4×1-et, 4 hónap elteltével a beteg panasz- és tünetmentes.

Megbeszélés

Az ams miatt kezelt beteganyagunk és az irodalmi közlések tanulmányozása alapján az alábbi következtetésekre jutunk:

1. Az utóbbi évtizedekben több szerzőnek az a véleménye, hogy az ams ritkán (1), illetve egyre ritkábban (29) előforduló megbetegedés. Saját tapasztalataink szerint, mellyel nem állunk egyedül (15, 23), ams-sal napjainkban is meglehetősen gyakran találkozhatunk, bár a hatásos penicillin terápia jóvoltából kevésbé súlyos esetekkel.

5 éves beteganyagunkban 31 beteget kezeltünk ams diagnózisával, nagyobb részüket két vagy több alkalommal (recidiva) is. A diagnózist 16 esetben laboratóriumi vizsgálattal (tenyésztés, szövettan, kenet) igazoltuk, 15 esetben a klinikai lefolyás alapján állítottuk fel (1. 1. esetünket!).

Az ellátási területünk lakosságának számát figyelembe véve a cervicofacialis ams előfordulása beteganyagunkban évi átlagban 0,2 ezrelék. Ötéves anyagunkban az összforgalom 1⁰/₀₀-ében, a fekvő-betegeink 1–2⁰/₀-ában észleltünk ams-t.

Az ország lakosságának száma hozzávetőleg 30-szorosa Heves megyének. Mivel megyénkben évenként átlagban 6 cervicofacialis ams-t diagnosztizáltunk, számunkra az a kézenfekvő következtetés, hogy az országban 180 körül lehet az esetek száma. Az ESZTIK-től értesültünk, hogy a BNO szerinti kötelező reprezentatív (a teljes betegforgalom mintegy 10⁰/₀-át felölölő) adatszolgáltatásban 1981-ben mindössze egy esetet jelentettek. Ha az adatszolgáltatást elfogadjuk következtetésekre alkalmas alapként, akkor ezt a számot a betegforgalom 100⁰/₀-ára vonatkoztatva 10 esetet kapunk (országosan, évente). Természetesen gondolunk a számításainkban rejlő hibalehetőségekre, de még annak figyelembevételével is elgondolkodtató a két szám (180 és 10) nagy különbsége, melyre egyértelmű magyarázatot nem találunk.

2. **Diagnosztika.** Elsősorban a cervicofacialis területen, de más testtájék bőre alatt keletkező, beolvadási tendenciát mutató induráció esetén gondolni kell az ams lehetőségére. (1. esetünk). Különösen akkor, ha a folyamat háttérében banális kórokat nem találunk és a gyulladás szokatlanul elhúzódó, illetve az elváltozás recidivál. A „kén-granulomok” jelenlétének hiánya nem zárja ki az ams lehetőségét, sőt, a negatív tenyésztési vagy szövettani lelet sem! (4). Az ams diagnózisa gyakorlatilag biztos, ha a kén-granulomokból az Actinomyceset sikerül kimutatnunk, jöllehet az is előfordulhat, hogy a kóros elváltozás aetiológiájában nem a kimutatott gomba játssza a domináns szerepet. A fiziológiás konyhasóoldatban kimosott granulomokat tárgylemezen ellapítva (10), Gram szerint megfestve mikroszkóp alatt vizsgálhatjuk (2. esetünk) — vagy tenyésztésre leolthatjuk őket, anaerob körülményeket biztosítva.

A komplementkötési reakció, vagy a bőrpróba ams körjelzésére nem megbízható eljárás (10). Döntő jelentőségű az anamnézis, a klinikai tünetek, a körlefolys megfelelő értékelése a diagnózis felállításához (14, 23). Ha sebészi beavatkozás során szövettani nyelésére van alkalom, a kórszövettani vizsgálat lehet segítségünkre. Ams klinikai képében jelentkezhetnek más eredetű infekciók is (21, 23, 24).

3. **Terápia.** A 40-es évekig sebészeti eljárásokat, jodidokat, autovakcinát (Neuber), röntgenbesugárzást alkalmaztak az ams kezelésére, többször kielégítő eredménnyel. A szakemberek többségének véleménye megegyezik abban, hogy a sebészi megoldások (incisio, excochleatio, excisio) önmagukban nem vezetnek eredményre. A korábban gyakran végzett excochleatio (5) a folyamat propa-



Enzaprost



Enzaprost

ÖSSZETÉTEL: 1 mg, ill. 5 mg dinoprostum (1 ml amp.-ként)

JAVALLATOK: *Terhességmegszakítás*, amikor a TEMEB engedélyezi, függetlenül a terhesség idejétől.

Kóros terhesség megszakítása korai vagy középidős magzati halál ill. a magzat ultrahanggal, röntgennel vagy egyéb módon bizonyított, súlyos fejlődési rendellenessége (anencephalia, hydrocephalia, amelia stb.) esetén.

Szülésmegindítás a következő esetekben: méhen belüli elhalás (késői magzati halál); terhesség befejezése fejlődési rendellenességek miatt; időelőtti burokrepedés és primér fájásgyengeség; a placentáris szak kezelése.

Programozott szülésindukció, ha annak feltételei fennállnak [szövődménymentes terhesség, fekvőgú fekvés — biztos terminus — 3000 g feletti magzati súly (biparietális átmérő) — a koponya megfelelő helyzete — kedvező méhszáj státusz (érett cervix) — megfelelően érzékeny méhizomzat].

ELLENJAVALLATOK: *Abszolút ellenjavallatok:* asthma bronchiale, colitis ulcerosa aktív szak, sarlósejtes anaemia, glaucoma, hipertónia jelentősebb mértéke (160/100 Hgmm v. magasabb), morbus sacer, a méhen előzetesen végzett műtétek (császármetszés, myoma enucleatio).

Relatív ellenjavallatok: cardialis decompensatio, spasztikus bronchitis, aktív pulmonális tuberkulózis, nyugalmi szakban levő colitis ulcerosa, a májműködés súlyos zavarai, a méh fejlődési rendellenességei, myoma uteri. Mérlegelni kell, hogy ilyen esetben az Enzaprost F alkalmazása vagy egyéb módszer (Rivanollal való feltöltés, sectio parva) jelenti-e a kisebb kockázatot.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS

1. Vetélés indukálása és kóros terhesség befejezése

Premedikáció:

A mellékhatások kivédésére és fájdalomcsillapításra a következő gyógyszerkombinációk alkalmazhatók:

Dolargan	100 mg	100 mg	100 mg	50 mg
Pipolphen		50 mg	50 mg	—
Atropin	0,5 mg	—	0,5 mg	0,25 mg
Seduxen	10,0 mg	—	—	—

Dolargan és Atropin adása a premedikációban mindig ajánlatos. Az ajánlott kombinációk egyikét az Enzaprost-F alkalmazása előtt közvetlenül intravénásan célszerű bejuttatni.

Az alkalmazás lehet lokális (extraamniális vagy intraamniális) vagy szisztémás (intravénás).

Az extraamniális alkalmazás kivitele:

- feltárjuk a hüvelyt és a portiót gondosan dezinficiáljuk,
- a portiót rögzítjük,
- a cervixen keresztül fiziológiás NaCl oldattal feltöltött katétert vezetünk fel — a nyakcsatorna irányának szondával való megállapítása után.

A következő típusú katétereket használjuk:

- K-72-es táplálószoonda
- K-30-as táplálószoonda
- K-31-es táplálószoonda
- K-32-es táplálószoonda
- 12-es Foley-katéter
- 2 mm lumenű félkemény műanyag katéter.

(A használt katéterek egyszerhasználatos, vagy gázsterilizált eszközök.)

- A katétert a méhfal és a petezsák között, lehetőleg a fundusig vezetjük.
- felvezetés után a katéteren szívást alkalmazunk, hogy a katéter nem jutott-e véredénybe,
- az Enzaprostot a katéteren keresztül az uterus üregébe, lehetőleg a fundusba deponáljuk.

0—6 hetes terhesség megszakítására egyszeri (impakt) bevitt 3—5 mg Enzaprost adása ajánlott. Közvetlenül a pete távoztása után műszeres betapintást végzünk. Ilyen idejű terhességben a módszer alkalmazása minden kórházi osztályon javasolt.

7—14 hetes terhesség megszakítása: 5 mg Enzaprost egyszeri (impakt) injicálása után a pete in toto vagy részleges távoztása a nyakcsatornának a 10-es vagy nagyobb Hegar-méretnél megfelelő tágulása következik be az esetek jelentős részében 24 órán belül.

A terhesség nagyságának növekedésével párhuzamosan a kiürülési arány csökken.

Az Enzaprost injicálása után 5 óra múlva hüvelyi vizsgálato végzünk.

A peterések távoztása, vagy a nyakcsatorna ujjnyira való kitágulása után a méhür műszeres kiürítése szükséges. Az első befejező eredménytelensége után 5—6 óra múlva 5—10 mg Enzaprost adásával a kezelést megismételjük. Ilyen idejű terhességben a módszer minden kórházi osztályon alkalmazható.


15—28 hét közötti terhességek megszakítására az Enzaprost *intraamniális* bevitelére ajánlható kedvezőbb hatása miatt, de adható *intravénásan* is.

A befejező kezelés történhet: a hasfalon keresztül, vagy a hüvelyboltozaton keresztül.

Transzabdominális alkalmazás:

- A beteg a hólyagot a beavatkozás előtt ürítse ki,
- a hasfal bőrének dezinficiálása után helyi érzéstelenítésben amniocentézist végzünk a has középvonalában, a szemérem-ív felett 3—4 harántujjal, egyszerhasználatos szűrő 1-es tűvel.
- a fecskendő dugattyújának visszahúzásával magzatvizet kell leszívni, ami bizonyítja, hogy a tű az amnionürrben van.





— az amnionűrbe 25 mg Enzaprost-F injiciálható. Szükség esetén a befecskendezést 8—12 óra múlva meg kell ismételni, az amniocentézis kapcsán visszahagyott műanyagkannulón keresztül.

(Amennyiben a fecskendő visszaszívásakor vér vagy véres magzatvíz ürül, az Enzaprost befecskendezésétől el kell állni. A beavatkozás előtt ultrahanggal a placenta tapadási helyét meg kell állapítani.)

Behatolás a hüvelyboltozaton keresztül:

- a hólyagot ki kell üríttetni,
- feltárással a hüvelyt és a hüvelyboltozatokat dezinficiáljuk,
- a portiót golyófogóval rögzítjük,
- a hátsó, esetleg az elülső boltozaton keresztül az amnionűrbe hatolunk,
- néhány ml magzatvíz leszívásával meggyőződünk a túl megfelelő helyzetéről,
- tiszta magzatvíz nyérése esetén 25 mg Enzaprost-F-et fecskendezünk a magzatvízbe, ami ismételhető.

A méhtevékenységet folyamatosan ellenőrizni kell tapintással tokográffal és a méhszáj tágulásának időnkénti vizsgálatával. Eredménytelenség esetén 8—12 óra múlva az Enzaprost adását megismételjük és szükség esetén Oxytocin infúzióval egészítjük ki. Amennyiben a vetélés 12 órán belül nem fejeződik be, a terhes még gondosabb ellenőrzése (pulzus, hőmenet, fvs.) szükséges.

A terhesség ilyen időszakában mindkét módszer megyei kórházi vagy magasabb szintű osztályon alkalmazható.

Intravénás alkalmazás:

500 ml 5%-os glukóz, vagy 0,45%-os NaCl oldatba 10—20 mg Enzaprost-F-et teszünk. Ennek 1 ml-e 20—40 mikrogrammot tartalmaz. Az oldatból a tűrhetőség határáig és a fájások kialakulásáig (15—28 hét közötti terhességek megszakítására) percenként 0,5—1 ml-rel kezdve, maximálisan 2 ml/percre emelve kell folytatni az infúziót mindaddig, amíg kielégítő méhtevékenység nincs. Ezután az infúziót maximálisan 12 órán át gájtalanos folytatni. Eredménytelenség esetén 12 órás szünet után az infúzió megismételhető, önmagában, vagy Oxytocinnal kiegészítve.



Enzaprost

A módszer alkalmazása — szülőotthonok kivételével — kórházi osztályon megengedhető.

A kevesebb mellékhatás miatt elsősorban a lokális alkalmazás ajánlható.

2. Szülésmegindítás, programozott szülésindukció

Az indukció eredményességét nagymértékben befolyásolja a szülészeti státusz (parturitás, a cervix és a myometrium érettsége, Bishop érték). Alapelv, hogy a lehető legkevesebb mennyiség alkalmazásával fejezzük be a szülést. Ez Enzaprost tekinetében 1—5 mg összdózist jelent és a sebességi ráta 9—15 (μg)/min.

Az alkalmazás módja

A különböző adagolási sémák lényege, hogy a dózist meghatározott időszakonként emeljük és azt a mennyiséget, amely hatásosnak bizonyul, változatlanul tartjuk fenn a lepényi szak lezajlásáig. A méhtevékenység megfelelő ellenőrzésével a kezdő adag 2—3 μg /min. iv. infúzióban, amit 20—30 percenként lehet emelni, esetleg megkétszerezni, de 35—40 μg /min. adag szint fölé nem szabad menni. Ezzel az ún. dózis-titrációs módszerrel azért is óvatosan kell bánni, mert majd a később részletezendő hiperstimuláción kívül azt eredményezheti, hogy a nagyobb adagok a méh alsóbb részeit is serkentik, megszünik a fundus dominancia és elvész a progresszív méhtevékenységet keltő hatás.

Az iv. alkalmazás az esetek döntő többségében eredményes és csak kivételesen észlelhető az uterus reakciókészségének hátránya. Intravénás adagoláskor 500 ml fiziológias NaCl-oldatba 5 mg Enzaprostot teszünk és 2—3 μg /min sebességgel infundáljuk, amit a méhtevékenység alakulásának megfelelően fokozhatunk.

Az adagolás során tekintettel kell lenni arra, hogy olykor viszonylag hosszabb latens fázis után igen gyorsan bontakozik ki az aktív fázis. Ez a dóziszfokozásban óvatosságra int.

Az alkalmazás feltételei

A hiperstimuláció lehetősége miatt feltétlenül szükséges a proszttaglandinnal megindított szülések monitorizálása. A méhtevékenységet külső tokográfiaival kell ellenőrizni, a magzati szívűködés frekvenciáját pedig vagy külső ultrahang-technikával, vagy direkt EKG elektród felhelyezése útján.

A gyógyszerbevitel egyenletesebb tétele érdekében célszerű, sőt szövődmenyes terhesség esetén szükséges infúziós pumpa alkalmazása. Erre a célra — egyesek szerint — jól bevált a Cardiff-infúziós rendszer.

A) Szülésmegindítás proszttaglandinokkal, orvosi javallat alapján

A szülésmegindítás ismertett javallataival ellentétben az Enzaprost-F a fokozott kockázatú terhességek befejezésére nem ajánlható. Túlhordás, súlyosabb toxemia eseteiben a proszttaglandinok alkalmazásával szemben számos kétség merül fel. Ha a lepényi gáz- és anyagcsere eleve beszűkült, a placenta nem rendelkezik kellő rezerv-kapacitással, sokkal jobban kell félni a hiperstimuláció lehetőségétől, ami a magzat szempontjából végzetes lehet. Ilyen esetekben a kevesebb kockázattal járó Oxytocinos indukció javasolható.

A szülésmegindítás módja

Az indukció előtt hüvelyi vizsgálatot kell végezni. Ennek során a burok alsó pólusát körkörösén leválasztjuk az elérhető magasságig. Ezt követi a burokrepedés. Helyes, ha a burok megrepesztése amnioszkópon keresztül történik. A felvezetett amnioszkópos csövön át hosszú tűvel lassan bocsátjuk le az elővizet, majd a burkon ejtett nyílást megnagyobbítjuk. Célszerű 1/2—1 órát várakozni és csak ezen latencia idő után kezdeni a gyógyszeres fájdalomkeltést.

B) Szülésmegindítás programozott szülés céljából

Programozott szülésmegindításoknál, amelyek feltételezik a kedvező méhszáj státust, a méhizom megfelelő érzékenységét, a kedvező Bishop értéket, egyaránt alkalmazható mind az Oxytocin, mind a proszttaglandin.

A szülésmegindítás módja programozott szüléseknél sem tér el az A) pont alatti részletezettektől. A műszeres ellenőrzés itt is kötelező.

A proszttaglandinokkal végzett szülésmegindításoknak visszavisszatérő problémája a méh hiperstimulációja. A magzat szempontjából a legveszélyesebb jelenség ezen belül az alaptónus emelkedése. Rendkívül fontos hangsúlyozni hogy nemcsak túl-adagoláskor, hanem kisadagok (2—10 μg /min) esetében is felléphet hiperstimuláció. Az alaptónus emelkedése, a poliszisztolés (6—7 méhkontrakció/10 perc) méhtevékenység, a magzat intrauterin gázcserejét károsan befolyásolja. A hiperstimuláció proszttaglandin adagolásakor sokkal gyakrabban fordul elő, mint Oxytocin adagolás esetén. Ez a reális szövődmeny indokolja, hogy a proszttaglandinokkal megindított szüléseket kardiotokográfiával ellenőrizzük. Akut szülés alatti distress esetén a proszttaglandin adagolását meg kell szüntetni, de szükség lehet béta-mimetikumok alkalmazására is.

Partusisten infúzióval leállítható a kóros méhtevékenység, és az alaptónus, valamint a kontrakciók intenzitásának csökkenésével javul a magzat állapota. Ha ez nem vezet eredményre, a szülést műtéttel kell befejeznünk.

MELLÉKHATÁSOK: Gyomor- és bélpanaszok (hányinger, hányás, hasmenés, bélgörcsök), a méh összehúzódásával járó alhasi görcsök, szapora szívűködés, fejfájás. Előfordulhat továbbá átmeneti vérnyomásemelkedés vagy -esés, bronchospasmus okozta átmeneti nehézlégzés, verejtékezés, ájulásérzés, allergia.

Szisztémás adagoláskor a mellékhatások gyakoribbak és súlyosabbak, mint helyi (extra- és intraamniális) alkalmazás után.

FIGYELMEZTETÉS: Latens asztma vagy spasztikus bronchitis esetén a kezdő adag hatására heveny légúti szűkület állhat elő, ezért ezen szövődmeny elhárítására fel kell készülni. Amennyiben cardialis decompensatióban alkalmazzák a készítményt, gondoskodni kell a szívűködés megfelelő gyógyszeres támogatásáról.

MEGJEGYZÉS: ❖❖ Kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézeti (gondozóintézeti) felhasználásra.

CSOMAGOLÁS: 5 amp. (1 mg) 22,80 Ft; 5 amp. (5 mg) 108,— Ft.

Enzaprost

gációjának veszélyével járhat. A sebészi repertoárból általában csak a tályogok megnyitását célszerű alkalmazni. Progresszív, phlegmonosus képet mutató folyamat esetén (pl. a halántéktájon) ellennyílásos incisióra lehet szükség alagút drainézással, átöblítésekkel (H_2O_2). Korai kórjelzés lehetővé teheti a gombásan fertőzött terület egészében történő sebészi kiiktatását (8) anélkül, hogy torzító hegek maradnának vissza (ezt példázza a 3. esetünk, jól lehet a diagnoszt csak a műtét után tisztáztuk). A régebben nemegyszer halálos kimenetelű betegség (10) specifikus, hatásos terápiás eszköze a penicillin.

Ams kezelésére először *Florey és Florey*, valamint *Lyons* alkalmazta a penicillint 1943-ban (18). 1950-ben hazai szerző, *Földvári* is beszámolt 15 penicillinnel kezelt betegéről, akik közül tíz esetben az ams lokalizációja cervicofacialis típusú volt. Közleménye végszavaként leszögezi: „Az ams gyógyításában elsősorban a penicillin, ennek hatásaltsága esetén a fajlagos eljárások a legjelentősebb kezelési módszerek” (11). Megállapítása azért érdemel szó szerinti idézést, mert annak első része, több mint 30 év múltán sem veszített érvényéből. Mégis, mintegy 20 évnek kellett elteltie ahhoz, hogy orvosi tudatunkban általánossá váljék ez a nézet. Mai tapasztalataink és ismereteink szerint a kezdeti időkben alkalmazott dózisokat (napi 200 000 E penicillin; 4,5–10 ME összmenyiség) elégtelennek tartjuk (30). A gyakran előforduló, olykor évek múltán jelentkező (14, 22) recidivák arra intenek, hogy az antibiotikus terápiát valóban nagy adagokban, huzamos ideig, hónapokig szükséges alkalmaznunk. A szerzők többségének megegyező véleménye szerint 1–2 héten át napi 2×10 ME penicillint indokolt adni iv., majd 3–6 hónapon át csökkentett fenntartó adagra (napi 2–5 ME) van szükség a recidiva megakadályozása céljából (20, 25, 31).

Penicillinallergia (19, 26), valamint társfertőzés esetén más antibioticum (Erythromycin, Tetracyclin stb.) használata, illetve a penicillinterápia kiegészítése (Streptomycin, Gentamycin, Chloramphenicol) jön szóba. INH adása eredményes lehet (1, 32). Bár a szerzők többsége ajánlja a sulfonamidokat, a vélemények megoszlanak a kiegészítő sulfonamid terápiát illetően (26). *Kővári* (16) a Klion (metronidazolum) alkalmazásával elért igen jó eredményeiről számolt be.

A penicillin serumszintjének magasan tartására Benemid (Probenecid) adható ($4 \times \frac{1}{2}$ g), mely a vese tubuláris szekréciójának gátlásával csökkenti a gyógyszer ürülését (13, 26). Ams kezelésére kívánatos lenne a Probenecidet hazánkban is hozzáférhetőbbé tenni. A hospitalizáció nem föltétlenül

szükséges, az intravénás adagolás megfelelően helyettesíthető kellő dózisu enterális penicillinbevitellel (31).

Tapasztalataink alapján egyetértünk azzal, hogy az ams prevenciója érdekében még a legbanálisabbnak látszó mandibula fractura esetén is helyes a sérültet penicillinkúrában részesíteni.

IRODALOM: 1. *Adler, P.*: Stomatologia Bp. Medicina 1974, 159. old. — 2. *Bagi I.*: A neurilemmomáról. Fogorv. Szle. 1972, 3, 90. old. — 3. *Archer, W. H.*: Oral Surgery Philadelphia and London W. B. Saunders Company 1957, 273. old. — 4. *Balogh K., Lelkes K.*: A nyelv Bp. Medicina 1965, 110. old. — 5. *Balogh K. és mtsai*: Szájsebészet Bp. Művelt Nép 1955, 120. old. — 6. *Béládi I. és mtsai*: Orvosi mikrobiológia, immunitás, parazitológia. Bp. Medicina, 1978, 259. — 7. *Boros S.*: Fogászati pathológia. Bp. Medicina 1961, 157. old. — 8. *Bugyi I.*: Gyakorlati sebészet Bp. Medicina 1961, 129. old. — 9. *Fergus, H. S., Savord, E. G.*: Actinomyosis involving a periapical cyst in the anterior maxilla. Report of a case. Oral Surg. 1980, 5, 390. old. — 10. *Flórián E.*: A gombás betegségek felismerése és kezelése. Bp. Medicina 1969, 215. old. — 11. *Földvári F.*: Az aktinomyosis gyógyításáról; 15 penicillinnel kezelt beteg gyógyulási eredményei. Orv. Hetil. 1950, 30, 929. old. — 12. *Gorbacsev B. B. és mtsai*: Generalizált aktinomyosis. Klinikesszkaja Medicina 1981, 4, 90. old. — 13. *Issekutz B., Issekutz I.*: Gyógyszerrendelés Bp. Medicina 1979, 126. és 685. old. — 14. *Kapnyik, B. I., Kaszparova, B. V.*: Maxillofacialis actinomyosis esete. Klinikesszkaja Medicina 1980, 2, 86. old. — 15. *Kővári F.*: Újabb szempontok az aktinomykozis megítélésében. Orv. Hetil. 1961, 32, 1489. old. — 16. *Kővári F.*: Az aktinomykozis cervicofacialis Klion kezelése. Orv. Hetil. 1975, 36, 2124. old. — 17. *Kruger, G. O.*: Textbook of Oral Surgery. St. Louis The C. V. Mosby Co. 1968, 161. old. — 18. *Laskin, D. M.*: Oral and maxillofacial Surgery St. Louis The C. V. Mosby Co. 1980, 569–570. old. — 19. *Leroy, R. F. és mtsai*: Conservative treatment of periapical actinomyosis. Oral Surg. 1981, 2, 205. old. — 20. *Orvosi Lexikon*: Bp. Akadémia Kiadó 1967, 47. old. — 21. *Peel, M. M., Rich, A. M.*: Actinobacillus actinomycetemcomitans infection in the oral cavity. Oral Surg. 1981, 6, 591. old. — 22. *Pindborg, J. J., Hjorting-Hansen, E.*: Atlas of Diseases of the Jaws. Philadelphia W. B. Saunders Co. 20. old. — 23. *Pöhlmann, L.*: Die zerviko-faziale Actinomykose in der Praxis vorkommendes Krankheitsbild ZWR 1980, 2, 60. old. — 24. *Rose, H. D., Gingrass, D. J.*: Localised oral blastomycosis mimicking actinomyosis. Oral Surg. 1982, 1, 12. old. — 25. *Rosenthal, W. és mtsai*: Spezielle Zahn-Mund und Kieferchirurgie. Leipzig, J. A. Barth. 1963, 205. old. — 26. *Simon C. és mtsai*: Korszerű antibiotikus kezelés. Bp. Medicina, 1974, 315. old. — 27. *Sönningschen, N., Zabel, R.*: Hautkrankheiten. Leipzig, Veb Georg Thime 1976, 236. old. — 28. *Stanley, A. H.*: Cervicofacial actinomyosis following surgical trauma in rats. Oral Surg. 1978, 6, 827. old. — 29. *Sugár L. és mtsai*: Szájbetegségek. Bp. Medicina 1975, 119. old. — 30. *Thoma, K. H.*: Oral Surgery. St. Louis. The C. V. Mosby Co. 1952, 846. old. — 31. *Tooley, M. T., Baton, R.*: Actinomyosis. Oral Surg. 1978, 5, 615. old. — 32. *Vámos I. és mtsai*: Szájsebészet. Bp. Medicina, 1980, 153. old.

Antivaricosica

VENORUTON[®]

GÉL

külsőleges használatra

ÖSSZETÉTEL

anyagot tartalmaz.

1 tubus (40 g) 0,8 g 0-(β -hydroxyaethyl)-rutosidea hatá-

JAVALLATOK

Akut trombophlebitis, varicophlebitis esetén localis fájdalom csökkentése;

lobmentes, ún. „fájdalmas, meleg vénák” kezelése;

lágyszöveti sérülések (contusio, distorsio stb.) esetén a feszülés, ödéma csökkentése;

egyéb steril lobos állapotok (gyulladt bőrtünetek, lúdtalp stb.);

különböző mikrocirkulációs keringési zavarok (pl. fagydegánat).

ELLENJAVALLATOK

Jelenleg nem ismeretesek.

ALKALMAZÁS

Reggel és este a kezelendő területre felkenjük, egyenletes, enyhe masszírozással a bőrbe dörzsöljük. Szükség esetén borogatást (este) vagy kompressziós kötést (reggel) helyezünk fel.

MEGJEGYZÉS

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

CSOMAGOLÁS

40 g-os tubus, térítési díja: 4,60 Ft.

előállítja: **BIOGAL GYÓGYSZERGYÁR, DEBRECEN**
ZYMA AG licencia alapján



Juhász Gyula betegségtudata

Születésének századik évfordulójára

Juhász Gyula édesapja, Juhász Illés, a szegedi táv-irda tisztje, 49 éves korában, hátgerincsorvadás következtében, éveken át tartó lelki bénultság után, 1902. május 26-án meghalt. Juhász Gyula ekkor állt érettségije előtt. Apjának betegsége, el-tompulásának látványa, s főként az a hite, hogy betegségét örökölte, egész életén át kísértette.

*Apámmal együtt ültem a padon.
Ő fáradt, nagy szemével, révedezve
A nap utolsó csókjait kereste
Az alkonyattól rőtes nyugaton.*

*Szemébe néztem, a szemembe nézett,
Hűs esti szél kezdett már lengeni,
És hirtelen egy delejes ígélet
Fogott el, s könnybe vesztek szemeim.*

*Mi volt ez? Sejtés, árnyék? Nem tudom már,
De megéreztem, hogy fia vagyok,
És éreztem, bennem mint támadoznak
Az örökölt, a szunnyadt bánatok.*

*Éreztem, láttam, hogy nem is sokára
Magamban ülök már a zöld padon,
És itt kísért majd az a régi bánat,
Az én új fátumom!*

(Fátum, 1907)

Később is, számos versében fölidézi apja végzetét (A régi udvaron, 1909; Magamhoz, nyárvégi estén, 1912; In memoriam, 1915; Fotografiák, 1918; Még egy nefelejcs, 1921; Apámra gondolok, 1921), s kevéssel halála előtt, a szegedi idegklinikán Szilágyi Ilona főnővérnek írott versében is megismétli:

*Szépen süt a nap, mondják Ó, igen,
A sírokra is szépen süt a nap,
Apám sírjára is, ki itthagyt
Fiatalon, egy nagy szomorúsággal,
Amely egyetlen örökségem.*

(Egy kedves vigasztalónak, 1933)

A Moravcsik-klinikán 1917. március 10-én föl-vett anamnézisében gyermekbetegségekre nem emlé-kezett. Váci noviciátusának idejében (1899–1900) kényszer gondolatok és -cselekvések kínozták: pl. ötször-hatszor megnézte az ajtót, jól csukta-e be. Egyetemi hallgató korában, 1903 tavaszán, nyarán has- és mellhártyagyulladás volt; utána nagyon ideges lett; az vált rögeszméjévé, hogy elveszíti az

indexét; állandóan szekrényét nézegette, amelyben elzárta. 1904. november 26-án egy diáktüntetés al-kalmával bal kezét és fejét rendőrkard sértette meg; sebeit a Dollinger-klinikán varrták össze, s néhány napig ott ápolták. Utána kezdett állandó fejfájására panaszkodni. Erről először Kosztolányi Dezsőnek Juhászhoz 1904. december 29-i leveléből értesülünk: „De mi baja önnek, hallgatag hívem, ki háromhónapos csökönyös hallgatását így törte meg? Gondok, nehéz gondok, tüzes fermentációk, krónikus fejfájások és lanyhuló seblázak. És ezt ön kellemetlennek nevezi? Én nem.” 1905. április 11-én Kosztolányi ezt kérde tőle: „Meddig fog be-tesgeskedni és idegbajoskodni még?” Július 20-án Juhász panaszodik Kosztolányinak: „Hallgatásom oka: teljes, tökéletes szellemi, erkölcsi, testi, lelki impotencia.” „Mostanában örökké beteg voltam, a főbetegség mellett. A szenvedés fanatikusa let-tem.”

Betegségének tünetei hamarosan költészetében is föltűnnek. 1906 tavaszán írja:

*Ismeritek az ércarmú lidércet?
Agyunkba markol és mi futni tudnánk,
De megkövült kín szörnyű árnya hull ránk,
És fölöttünk csattog keselyűd, vad Élet!*

*Jön éjszaka, mikor lelkünk kigyúlad,
S villámos fénnel a jövőbe lát,
S dermedt bánattal, sirva néz reád,
Ó, éj, ki szemed rémülten lehunyad!*

*S élünk tovább és vánszorgunk odább,
Futunk. Megállunk. Várjuk a csodát,
Hogy meggyógyít a Tavasz és az Élet,*

*A Szerelem, a Boldogság, a Fantom!
Ügetnének egyre, por lep és nap éget,
S ama napon megállunk ama parton!*

(Új szonettek, 1906)

Későbbi orvosai köztül többel volt alkalmam beszélni a költő betegségéről. Rapaport Samu endo-gén depresszióknak minősítette előttem Juhász ba-ját, s nagyon hangsúlyozta a lappangás utáni ki-törésnek a külső környezettől való függetlenségét. Jól emlékszem, milyen élénken magyarázta: meny-nyire hiba az ilyen beteget vidám környezetbe he-lyezni abban a hiszemben, hogy majd ő is földerül; hatása éppen az ellenkezője: még jobban magába zárkózik, gyűlölettel fordul el a téveszméi szerint őt kinevető társaságtól. Ez bizonyára igaz, de Ju-hász depresszióinak periódusai mégis mutatnak összefüggést a külső világgal. A pszichiátria,

amennyire laikusként tudom, máig sem tudja pontosan megmondani, mennyi a melankólia, a *depressio periodica* keletkezésében a belső, alkati, endogén örökség vagy hajlam, s mennyi a külső exogén tényezők szerepe. De aligha véletlen, hogy Juhász aktív, egészséges szakai egybeestek pályájának sikeres, termékeny, mozgalmas, számára élményt, közszereplést, hírt-nevet hozó időszakával, így főként nagyváradi éveivel (1908—1911) és a két forradalom lelkes-lázás napjaival (1918—19). S noha Váradon is voltak letört hetei (a „pogány élet-örömeit” vezeklő elvonulásai), öngyilkossági kísérletei, amelyekről 1907 eleje óta tudunk, könnyen összefüggésbe hozhatók életkörülményeinek alakulásával, máramarosszigeti, lévai, szakolcai magányával, honvágyával, szülővárosa és édesanyja utáni átlagon felüli vágyakozásával („Gyenge, beteges gyermek volt. Kerülte társait. Emiatt anyja dédelgette; nagyon anyás természetű volt” — olvastuk az idézett kórelőzményben.) Előbb idézett versében a futásra való utalás egészen konkrétan értendő: öngyilkossági kísérletei rendre menekülési kényszerrel kezdődtek. Így hagyta ott Máramarosszigetet, Lévát, Szakolcát, Makót is. Ezek a kóborló napjai máig homályban maradtak; hol visszatért néhány nap után (mint szigetre, Szakolcára), hol végleg hazatért Szegedre (mint Léváról), hol pedig, mint 1914. március 6-án Makóról Pestre érkezve, a Nemzeti Szállóban meg is kísérelte az öngyilkosságot. 1907. október elején Léváról jövet a Lánchídról a Dunába akarta vetni magát, de lányismerőse, ideálja, Klima Ili (a későbbi Schnetzer Oszkárné, maga is orvos; utóbb maga is öngyilkos) véletlenül épp arra járt, fölismerte a helyzetet, lakásukra vezette, frissen megjelent verseskönyvének látványával kedvre derítette és értesítette édesanyját. Itthonról Juhász így számolt be az akkor Szegeden tanárkodó Babitsnak: „Kedves Mihály, post tot discrimina et catastrophas rerum itthon vagyok azzal a bizonyos súlyos idegalgiával és maupassanti la horla-ik után — még mindig élek, sőt, akarok is élni már.”

Léván még kényszerképzetek gyötörték (*En is meghaltam*, 1907); Pascal sötét lelki örvényeit látta megnyílni maga előtt (*Örvény*, 1907). Szakolcán is álmatlan éjszakákat okozott neki vissza-visszatérő főfájása:

*Aludj, te is, te forró, kába agy,
A hideg, szűzi csillagok alatt.*

(Falusi éjszaka, 1913)

Amikor a Rókus-kórház betegágyán Eörsi Júlia „föle hajolt életre intette”, életkedvét öntötte versebe (*Vallomás az életnek*, 1914; *Szeretem az életet*, 1914). Az első világháború ismét letörte, a frontra vitt tanártársak helyett vállalt többletmunka kimerítette. 1917-ben majdnem az egész évet a Moravcsik-klinikán töltötte. Kórtörténetének mellékleteként fennmaradt versei és prózai elmélkedései (*Patográfia*) betegségtudatának leghitelesebb forrásai. Korábban is írt már verset beteg vagy szomorú véget ért zsenikről, művészekről, tudósokról (többet Nietzsche-ről; Munkácsyról, Madáchról, Watteau-ról), most Széchenyiről (*Döblingben*, *Széchenyi*), Schumannról, Lénáról, Tompa

Mihályról; utóbb még Baudelaire-ről, Gulácsy Lajosról (akivel együtt volt 1917-ben a Moravcsik-klinikán), majd ismét Nietzsche-ről. Mint anamnézisében, *Patologika* címmel írott jegyzeteiben is paralizikusnak hitte magát, félt a visszafordíthatatlannak vélt végtől, a teljes elbutulástól. 1917-ben a kórtörténet szól ugyan luetikus fertőzésről (pozitív Wassermannról), ez azonban téves is lehet, mert később nincs rá adat, az 1929-í szegedi klinikai fölvetelkor pedig negatívnak találták. Miskolczy Dezső sem látta ezt a diagnózist bizonyítva, sőt a költő agyának vizsgálatából határozottan megállapíthatta, hogy semmi olyan elváltozást nem talált, amely vérbajos eredetű betegségre, paralysis progressivára utalt volna. „Ez tehát az utolsó és egyúttal leghatározottabb bizonyíték a vérbaj megbetegítő szerepével szemben.” Juhász önvádai között szerepelt alkoholizmusa is. Azért ivott, mondotta az anamnézis fölvételekor és írta több versében (*Borok*, 1924; *Nyugasztaló*, 1926), mert a bor megszabadította a kínzó gátlásoktól, rossz közérzetétől: „álmot lelek homoki borban”. Miskolczy azt is leszögezte, hogy betegségének kialakulásában ennek sem volt jelentősége.

A kórelőzményben Juhász szerelmi csalódására is panaszkodott. De ennél méltánylandóbb tényezője lehetett elborulásának, hogy úgy érezte, „nem tud eléggé írói hivatásának élni”, kisvárosokba száműzve az élet perifériájára szorult. „Azt hiszi, hogy az emberek lenézik, megvetik őt, mert látják, hogy nem lesz többé belőle semmi, »elesett ember«, aki nagyon alacsonyra került a többiekkel szemben. Elnéz néhány íróitársát, akik vele indultak el, hogy mennyivel többet értek el, mint ő.” „Rettenetes fájdalmasan hat reám — írta *Patologika*-jában — a világ nagy örülete, a háború.” S versben:

*Halál évadja egyre tart még,
Virul a hősi holtak csokra,
Ki gondol egy élő halottra?
Ki most elnémul, odavan rég.*

(Epitáfium, 1917)

Édesanyja két ízben is úgy vitte haza hogy átmeneti javulások után visszaesve, beteg maradt. Csak 1918 tavaszán, az újságírói munkába egyre erősebben bekapcsolódva, kezd javulni. Eörsi Júliának írt leveleiben még sokat panaszkodik a kínzó fejfájásaira, *Önarckép* 1918 című versében is még az „áldott semmi” után vágyik, „hol nem fáj az agy már”, de a háború végét és a demokratikus átalakulást váró lázban lassan-lassan megfedekeznek bajáról, s az őszirózsás forradalom lelkes napjaiban született és egyik klinikai kezelőorvosának, a novellájában is föltűnő „szép, szőke orvosnőnek”, Hajdú Lilinek ajánlott versében már azt hirdeti:

*Nem bántanak már engem a bánatok,
Nem az voltam én, aki ma már vagyok.*

(Régi verseim elé, 1918)

Ezt hirdeti — a sok szemvizsgálatot költői jelképpé emelve — 1919 tavaszán *A szemeim* című költeményében is. Mihelyt azonban — Szegeden

előbb, mint országosan — elbuktak a forradalmak,
már érzi az ismét rá leselkedő kórt:

Alszol, de élsz! Tudom, tudom jól.
Te szálltál ki a mámoromból
Egy szüre szerda hajnalán,
Te gyújtogattál bús agyamban,
Míg néztelek dermedt riadtan,
S jajgatva hívtam az anyám.

Alszol, de élsz! Te vársz a borban,
Ha majd tiportan lenn a porban
Üvöltöm: minden elveszett!
Te vársz sötéten és ragyogva,
És elborult nagy homlokomra
Vörslőn írod föl neved!

Alszol, de élsz! Az éji csendben
Fölébredsz, és megállsz felettem,
Szívemre szorítod kezéd.
Rád ismerek, mester, követlek,
S a csendes és bús örületnek
Pallóján indulok veled!

(A démonhoz, 1919)

Ekkor idézi ismét *Az élő halottak házá-t* (1919),
s betegségének jellegzetes tünetét („a falnak dölve
némán”: *Vallomás az életnek*, 1914) ismétli meg:

Hátat fordítva a világnak
Fekszem, s elnézem a falat,
Nem bántanak az emberárnyak,
És nem fájnak a sugarak.

(Betegen, 1919)

A melankóliás tünetek: a zajra, fényre, mozgásra, beszédre való fájó érzékenység és némaság egész életét végigkísérték, amikor „borulások órán”, „rossz órában”, lelki bénultság, a katatónia börtönében szenvedett.

A húszas évek eleje, közepe az életmű felől nézve az üldözöttség ellenére termékeny, alkotó korszaknak látszik. Legnagyobb verseit (*A tápai lagzi*, *A tápai Krisztus*, *Új vallomás*, *Anna örök stb.*) ezekben az években írta, ekkor a leggazdagabb szépprózai és publicisztikai munkássága is. Ezekben az években ismét csak mint fenyegető veszedelem bukkan föl költészetében a betegség:

Még néha visszajár, mint a kísértet,
Ha őszi est esője monoton
Zenéjével dobol ablakomon,
És bennem fázón megborzong a lélek.

(Melankólia, 1925)

Úgy érzi, csupán haladékot kapott a végzettől:

Menekülünk a láthatatlan
És ismeretlen rém elől,
Ki ránk les százezer alakban,
És egyszer mégiscsak megöl.

(Haladék, 1926)

S 1929. január végén ismét rátört „a rém, „a démon”. Válogatott verseinek *Hárfa* című gyűjteményéhez már a Schwartzter-szanatóriumból küldi a könyv végére, az utolsó lapra szánt verset:

Jöjj, tompa kín, kopár bú, lomha kétség,
Világokat felhőző unalom!

(A szépség betege, 1929)

Nyolc esztendő: Juhász Gyula remeteévei. Az első években még ír. Mindet idézhetném, hisz valamennyi a betegségével, szenvedésével, borúlátásával van teli.

Bennem jár, hallom, mint kopog,
Álomtalan, vak éjeken,
Kopog, dobog, indul, megáll,
És jár tovább hűségesen.

Figyeli néha, alszom-e?
Figyelem néha: alszik ő?
Fölöttünk ápolónk virraszt,
A végtelen és bús Idő.

(A rém, 1930)

1934 őszén születtek utolsó versei. Ettől kezdve nyomottsága olyan mértékű, hogy már csak fiatal újságíró barátját, Magyar Lászlót engedi magához, s 1936-ban Magyar László közvetítésével Szabó Lőrincet. Az ifjabb költőtársnak köszönhetjük a nagybeteg Juhász Gyuláról a legmegrendítőbb emlékeztést. „Napok óta ágyban feküdt, olyan volt, mint egy múmia. Szorosan a falnak fordult, egészen oda-lapult, a dunyhát és két öklét az arcára nyomta, hogy ne lásson, és akkor se lássák, ha megtalálnák fordítani.” Amikor végre szóra bírta, Juhász önvádlatos panaszait hallgathatta. „A költői kishitűség bénította ezt az embert egész életében” — szűrte le Szabó Lőrinc.

Kérdés, vajon ez a kishitűség valóban oka, avagy csupán egyik *következménye* az endogén depresszióknak? Miskolczy Dezső az alkati és a külső tényezők összefüggését így jellemezte:

„Juhász Gyula idegrendszerének a teherbíró képessége kezdettől fogva csekély fokú volt. A gyenge, »művészi« idegrendszeri típusnak volt a szenvedő képviselője. Elődeitől kapott lelki alkatára szomorú teher nehezedett, a melankóliára való hajlam. Atyja szintén depressziós volt, és tényekkel eléggé bizonyított az, hogy a melankóliában az átöröklésnek döntő szerepe van. Vitathatatlan, hogy Juhász Gyula életsorsának kedvezőtlen alakulásában és így bánataiban is a külső környezeti tényezőknek is igen nagy a jelentősége: az ő rendkívül érzékeny lelki egyensúlya olyan környezeti behatásokra is aránytalanul nagy kilengésekkel reagált, amelyek a pavlovi erős típusú idegrendszer birtokosának lelki egyensúlyát kevésbé vagy alig ingatták volna meg. De éppen ez a finom műszer tette képessé Juhász Gyulát olyan behatások érzelmi feldolgozására és művészi költői kivetítésére, amelyek a nem művész lelkében sokszor alig hagynak nyomot.”

Nem orvosként, az életmű ismeretében meg-erősíthetem véleményét.

Péter László

IRODALOM: 1. Miskolczy Dezső: Juhász Gyula betegsége és halála. — Az Országos Orvostörténeti Könyvtár Közleményei. 1963, 165–203. — 2. Péter László: Így élt Juhász Gyula. Bp. 1980.

id. Imre József

Id. Imre József (1851—1933) pedagógus családból származott. Atyja, Imre Sándor a debreceni kollégiumban nevelkedett, diáktársa volt Arany Jánosnak. Tanulmányai után előbb tanítóként működött, majd a hódmezővásárhelyi református gimnázium tanára, 1848-tól 1860-ig igazgatója lett. Az oktatás mellett kiváló tudós is volt. Kutatásai elismerését mutatja, hogy a Magyar Tudományos Akadémia levelező, majd 1879-ben rendes tagja lett. 1859-ben történt meghívás alapján a debreceni református főiskola katedráját fogadta el. Ebben az időben Hódmezővásárhelyen született fia, József 8 éves.

Imre Sándor fiai nevelésére nagy gondot fordított. Módszeressége, nagy tudása, de főképpen példamutatása nem maradt hatástalan József fiára. Először irodalmi érdeklődést mutatott, de a természettudományok is érdekelték. Apja nem ellenezte, hogy érettségi után 1869-ben Pesten az orvosi fakultásra iratkozzék be. Imre József egyetemi tanulmányai befejezése után a Schulek Vilmos vezette Szemklinikára került. Schulek a magyar szemészeti iskola megalapítója. 1876-ban Imre József németországi és belgiumi tanulmányútra indult. Hazatérése után azonban nem tér vissza a klinikára, hanem vidéki gyakorló orvos lesz. Nemsokára Hódmezővásárhelyen telepszik le, ahol rendkívül súlyos egészségügyi viszonyok uralkodnak. Különböző fertőző betegségek, köztük a tuberculosus és trachoma rendkívül elterjedt volt. *Hirschberg* professzor berlini klinikáján nyert tapasztalatait igyekezett felhasználni szülővárosában. Hihetetlen energiával a kórházban fizetés nélkül dolgozott és elérte egy szemészeti osztály felállítását, majd az egész kórház vezetését is ellátta. Saját leírásából ismerjük, milyen nehézségekkel és elmaradt szemlélettel kellett megküzdnie. 13 évi megfeszített munka után

1898-ban megnyílik a 40 beteg befogadására alkalmas új „Erzsébet Szemkórház”, melynek igazgatója id. Imre József lett. 1898-ban meghívják Kolozsvárra szemészeti előadónak és 1902-ben Kolozsvárra költözik, ahol 1909-ben a szemészet nyilvános rendes tanárává nevezik ki. 1919-ben Kolozsvár Romániához került és id. Imre József az egyetemmel Szegedre költözik és nyugdíjazásáig (1924) itt dolgozott.

id. Imre József munkássága igen sokrétű, éppen úgy, mint gyakorlati tevékenysége. Egyrészt szemészeti munkái, különösen a trachomaellenes küzdelemmel, másrészt általános orvosi kérdésekkel foglalkozott Magyarra fordította a következő műveket: *Dimmer*: A szemtükör és diagnosztikai használata; *Förster*: A szembetegségek összefüggése az általános betegségekkel. Számos cikket írt. 1925—30-ig a Magyar Szemorvostársaság elnöke és 1927-től a Felsőház tagja.

Nem szemorvosok körében legjobban ismert munkája az „Orvosi Ethika. Előadások az orvosi élet helyes folytatásáról”, amely számos ma is megszívlelendő tanácsot tartalmaz.

Hódmezővásárhely nagy tiszteletben tartja emlékét. Utcát neveztek el róla és szobrot emeltek neki.

Fia, ifj. Imre József a világon a legismertebb szemészek egyike. Az Európai Szemorvostársaság ifj. Imre József-díjat alapított, amelyet négyévenként ítélnek oda egy fiatal kutatónak. Id. Imre József másik fia, Imre Sándor, kiváló pedagógus, a budapesti Műegyetem tanára volt.

Munkássága és élete felidézésével emlékezünk id. Imre Józsefre halála félszázados évfordulóján.

Radnót Magda dr.

Wittelshöfer Lipót

A Wiener Medizinische Wochenschrift — feltehetően világszerte az orvosi folyóiratok egyik legrégebbike — 1851-ben Bécsben Közép-Európa első orvosi hetilapjaként jelent meg és megjelenése lényegtelen megszakításoktól eltekintve 130 éve folyamatos. A folyóiratot *Wittelshöfer (Lipót) Leopold* bécsi orvos indította útjára és a progresszív, liberalis orvostársadalom szócsöveként szerkesztette és adta ki. A folyóiratot ismerjük, de ki volt annak megindítója, *Leopold Wittelshöfer*, akiről *Gortvay György* alapvető orvostörténeti művében annyit jegyez meg csupán, hogy magyar származású bécsi orvos volt. Más adatot személyére vonatkozóan aligha találni a hazai szakirodalomban.

Wittelshöfer Lipót (W. L.) Nagykanizsán szegény kereskedőcsalád gyermekeként 1818. július 14-én született. A család elszegényedett, és a jobb jövő reményében Pestre költözött. Iskoláit Nagykanizsán és Pesten végezte. 1834/35. tanévben a pesti, ettől kezdődően a bécsi tudományegyetemen orvos, aki — oly sok szegény sorsú társához hasonlóan — korrepetálással kereste szerény kenyerét. Apja 1840-ben Pesten meghal. A család mielőbbi anyagi segítségre szorul, így amikor 1841-ben megszerzi az orvosi diplomát, még a kötelező orvosi gyakorlati évet sem Bécsben, hanem Győr városában folytatja, túlnyomórészt orvosi gyakorlatot végez. Megismeri a kezdő szegény orvos sorsát, de

tisztán látja a betegek nyomorúságát, a szociális igazságtalanságokat, amelyek leküzdésére törekszik. Rövidesen jelentős praxisra tesz szert és a város haladó erői tb. megyei főorvosi címmel tisztelik meg. A nagy vízvázasztó, a szabadságharc nemzet-örként, majd harcoló alakulatban törzsorvosként mutatja Wittelshöfert, aki ténylegesen részt is vett az osztrákokkal szembeni harcokban és kitüntetésben is részesült. 1848 októberétől ő vezeti a győri honvédkórházat, ahol maximalis emberséggel ápolta, gyógyította a magyar, az orosz és az osztrák sebesülteket és betegeket. 1849-ben figyelmezteti a városparancsnokság, hogy vele szemben is hadbíró-sági eljárást fog indítani a katonai hatóság és oda hat, hogy bár közszeretnek és megbecsülésnek örvend, távozzon Győrből, Magyarországról. Mint sok kartársa, bécsi orvosi diplomájával Bécsbe költözik 1850-ben, ott főleg a szegények körében praxist kezd. Különösebb üldöztetésben a szabadságharcban való részvétele miatt nem részesítették és szabadelvű kartársaival együtt megmaradt a liberalizmus, a humanitás melletti küzdelemben. 1851-ben indítja meg a Wiener Medizinische Wochenschriftet (W. M. W.) szinte minden tőke, munkatárs nélkül. A folyóiratot a bécsi városparancsnok engedélyezi ugyan, de olvasók, előfizetők nélkül bizonyosan az indulás igen nehéz volt. Csak igen lassan, újságírói bravúrokkal tudta a W. M. W.-vel szembeni közönyt megtörni. Szabadelvűségét folyóiratában hangsúlyozta és ezért még nem orvosok is előfizettek és olvasták a nagy szociális hatású folyóiratot. A sajtóperek özöne indult meg a folyóirat által határozottan kifogásolt hibákat, hiányosságokat, vagy éppen visszaéléseket leleplező cikkei miatt. Bécs város tanácsa volt az első, amely sajtópert indított ellene. A klerikális párt követelésére az állami ügyészség két ízben indított pert ellene. Alig volt hivatalos szervezet, amely mentesült a folyóirat leleplező cikkei alól. Az esetek egy részében felmentették, más részében csak jelképes büntetéseket róttak ki rá, amelyekre amnesztiát kapott, de minden esetben elérte célját, mert a hibákat orvosolták, a visszaéléseket megszüntették. A szabadságharcot követően hosszú időn át valóban a nyakát veszélyeztetve taglalja a magyar kórházi viszonyokat, az egészségügyi ellátás súlyos hiányosságait és élesen támadja az abszolutizmus teremtette viszonyokat. Alig volt harcosabb képviselője az elnyomott, megalázott magyarságnak. A *Wachtel Dávid* (Nagykanizsa 1807—Buda 1872.) szerkesztésében megjelent „Zeitschrift für Natur — und Heilkunde in Ungarn” 1850. július 1—1860 végéig lett volna hivatva a magyarországi orvos-egészségügy problémáinak megvitatására. A helytartótanács soproni kerületének orvos-egészségügyi előadójaként *Wachtel* e feladatnak alig tesz eleget és az „Ödenburger Monitor” (Soproni Híradó) hivatásának aligha tesz eleget. A magyar orvos-egészségügyért mindvégig küzd hetilapjában. Talán kíváncsi volt a W. M. W. első évtizedét e szempont figyelembevételével is tanulmányozni és értékelni.

Wittelshöfer személye mint közmegebecsülésnek örvendő orvos-zsurnalisztái mind jobban elő-

térbe kerül. A bécsi világkiállítás alkalmából 1875-ben ünnepli a W. M. W. negyedszázados fennállását. Augusztá német császárné személyes közbelépésére őt bízzák meg a Monarchia egészségügyi pavillonjának megtervezésével, vezetésével. Humanista szemléletével, a szabadságharcban való aktív részvételével a hadi sebészettel kapcsolatos feladatokra összpontosítja a kiállított anyagát. A hadi-egészségügyi szervekkel kapcsolatba lépve a sebészeti anyagok, műszerek, a háború sebesültjeinek szállítóeszközeire helyezte a súlypontot. *Billroth* professzor az akkor vezető szerepet betöltő *Mundy* hadisebész, akinek nemcsak a bécsi, hanem a magyar mentésügy megszervezésében is döntő szerepe volt, hadisebészeti konferenciát rendeztek Wittelshöfer kezdeményezésére, ahol nemcsak a sebész professzorok és a vezető orvostisztek, hanem a sebészeti műszergyárosok is részt vettek. A megbeszélések során került fokozott fejlesztésre és szinte már szabványosításra a sebészeti műszerek, kötszerek egész sora. Wittelshöfer az egészségügyi pavilonban kiállított tárgyakról jól áttekinthető nyomtatott katalógust is készített. Valamennyi nem szakmai tekintély a világkiállítás megtekintése során meglátogatta az általa vezetett orvos-egészségügyi pavilont is. Augusztá császárné fényképével arany medaillont küldött neki, akit egyben a bajor, a holland, a porosz, a svéd és a török államfő is kitüntetett. Osztrák részről a harcos antiklerikális progresszív orvos-újságíró természetesen dicséretben nem részesítették, viszont mindennemű osztrák és nemzetközi, a hadi-egészségügy fejlesztésével foglalkozó értekezlet buzgó és hozzáértő résztvevője. A W. M. W. mellékleteként megjelenteti a „Militärarzt”-ot (Katonarost).

1854-ben megjelenteti a „Bécsi gyógyító és jótékonyági Intézmények”-et ismertető kötetet, amelyet 1858-ban annak javított, továbbfejlesztett kiadása követ. A bécsi világkiállítást követően évente megjelentette „A polgári orvosok zsebkönyvét”, amely valóban a gyakorló orvosok mindennapi problémáiban útmutatóként szolgált. 1889. január 5-én hunyt el *Wittershöfer* Lipót nagy tekintélynek örvendő orvos-újságíró, akit a sors vetett ki a magyarság köréből és akire emlékezni, harcos, haladó egyéniségét példamutatónak tekinteni még akkor is kötelességünk, hogy ha élete utolsó negyedszázadában a magyar orvostársadalommal való kapcsolata lényegében megszakadt.

† Bugyi Balázs dr.

IRODALOM: 1. *Gortvay György*: Az újabb kori magyar orvosi művelődés és egészségügy története. I. kötet. Akad. Kiadó. Budapest 1953., 2. *Wurtzbach, Constantin v.*: Biographisches Lexikon des Kaiserthums Oesterreich. 57. kötet. 134. és folyt. oldalak. Wien, 1889.

A Röntgen Múzeumban

Meghívást kaptam a remscheid-lennep-i Röntgen múzeum alapításának 50. évfordulója alkalmából rendezett jubileumi ünnepségre. A Röntgen szülővárosában levő német Röntgen Múzeummal fennálló korábbi kapcsolatomból adódott, hogy édesapám Müller Vilmos dr. tüdő- és röntgenspecialista írta meg az egyetlen Magyarországon megjelent regényes Röntgen-életrajzot és e regény hatásaként került sor a kapcsolat felvételére.

Levelezésünk során megtudtam, hogy a Múzeum könyvtárából — mely tartalmazza a Röntgen-nel foglalkozó, vagy róla szóló irodalomgyűjteményt — apám könyve hiányzik. Rendelkezésemre állt továbbá édesapám könyvének kézirat- és képgyűjtemény-töredéke.

A meghívásnak múlt év szeptemberében tettem eleget férjemmel együtt.

A Múzeumban tett látogatás előtt rövid ismerkedő sétára nyílt lehetőségünk Remscheid-Lennepi városrészében. Búbagós, az elmúlt századokat hűen tükröző kis várost jártunk be, melynek kanyargós utcái, bájos terci és romantikus ónémet stílusú házak vetekszenek a legszebb német városokéval.

A városnézés után kerestük fel a Német Röntgen Múzeumot, ahol az igazgató nevében az egyik tudományos munkatárs fogadott és kísért végig a kiállítási termeken. A röntgenteknika berendezéseinek szinte egyedülálló gyűjteményét ismertük meg, mely engem, a laikust is lenyűgözött. Megha-

tottan álltunk az orvostörténetileg híres — Röntgen eredeti laboratóriumából származó — ólomfestékes ajtó előtt, melynek oly nagy szerepe volt a világraszóló felfedezés létrejöttében. Megcsodáltuk azt a hosszú ideig eredetinek hitt Rembrandt-festményt, melynek valóságát a röntgensugár cáfolta meg.

Alkalmam volt hosszabb beszélgetést folytatni Ernst Streller úrral, a múzeum igazgatójával és Erika Hamburg tudományos munkatárssal. A szívélyes beszélgetés során megállapítottuk, hogy a rendelkezésünkre álló dokumentációval a múzeum is rendelkezik, de édesapám könyve valóban hiányzik a gyűjteményből.

Az igazgató sok érdekes, a Múzeummal összefüggő tapasztalatáról tájékoztatott, melyeket a világ szinte valamennyi — kiemelten említve a leningrádit — Röntgen Intézet meglátogatása során szerzett.

A Múzeum áldozatos munkáját dicséri a Röntgen-szülőház helyreállítása, melyet Röntgen hagyatékából származó eredeti, ill. korabeli bútorokkal rendeztek be, és ami jelenleg a Múzeum szakkönyvtárának és szűkebb tárgyalási lehetőségeknek nyújt otthont.

Igen nagy örömmel vettem hazatérésem után hírül, hogy a Röntgenről megjelent életrajzok között ma már, Röntgen halálának 60. évfordulójára, édesapám „Ember, beléd látok” című Röntgen-életrajza is elfoglalta méltó helyét.

Lándori Péterné, Müller Veronika

A TMB hírei

Besznyák Istvánt („A mediastinum tumorainak diagnosztikája, sebészi pathológiája és műtéti kezelése”),

Csorba Sándort („A fejlődő szervezet védekező képessége infektív és nutritív ártalmakban”),

Füst Györgyöt („Az immunkomplexek és a komplement rendszer kölcsönhatásai. A kölcsönhatások klinikai jelentősége”),

Monos Emilt („Biomechanikai tényezők az artériás rendszer működésében”),

Ováth Pált („A gyermekkori allergiás betegségek pathomechanizmusa és oki kezelése”),

Papp Gyulát („A prae- és postnatális szív gyógyszerérzékenységének fejlődése emberben és különböző állatfajokban”),

Spät Andrást („A nátriumhiány aldosteronelválasztást serkentő hatásának mechanizmusa”),

Tóth Szabolcsot („Kronikus mélyelektrodás műtétek. A motoros szabályozó folyamatok vizsgálata”) az orvostudományok doktorává;

Domán Józsefet („Glomerularis proteinuria”),

Fejérdy Pált („Nyomelemek és fehérjehiányos táplálás hatása a fehér patkányok keményszöveire”),

Gervain Mihályt („Ureterpótlás ileummal”),

Kohlheb Ottót („Az epilepsziás gyermekek fizikai terhelése”),

Nagy Attilát („A műtéti szövödmények csökkentésének lehetőségei a colorectalis sebészetben”),

Nagy Juditot („Az IgA glomerulonephritis klinikopathológiája, immunológiája és etiopathogenesise”),

Nagy Lajost („Biológiailag aktív anyagok szerepe az asztma bronchiale pathogenezésében”),

Nagymajtényi Lászlót („Dipyridyl struktúrájú herbicidek (paraquat, diquat) toxichigiénéjével kapcsolatos kérdések vizsgálata”),

Pethő Zoltánt („Hormonális és pszichoszociális tényezők szerepe a generációs időszak pszichiátriai betegségeinek keletkezésében és kezelésében”),

Riesz Tamást („Primer multiplex tumorok keletkezése”),

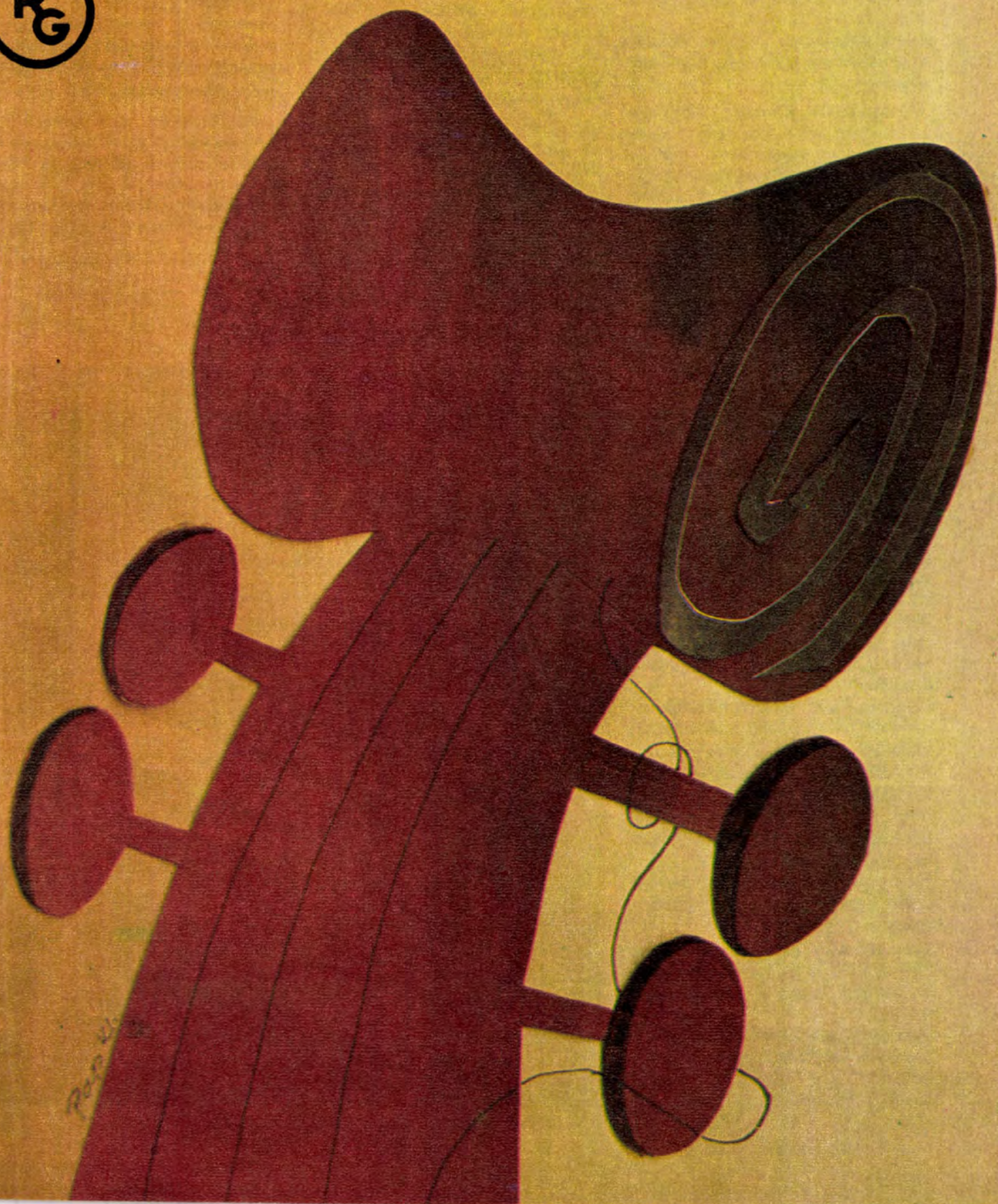
Schultz Károlyt („Az újszülöttek anyagcsereadaptációját befolyásoló tényezők a korai postnatális életben”),

Túri Sándort („Tubuláris funkcióváltozások és humorális immunválasz különböző eredetű vesebetegségekben, vesevéna-trombózis heparin kezelése”),

Ungvári Gábort („A schizophrén és schizoaffectív pszichosisok klinikai rendszere a genetikai korrelációanalízis tükrében”) az orvostudományok kandidátusává nyilvánította.

CAVINTON[®]

injekció, tabletta





CAVINTON®

injekció tabletta

ÖSSZETÉTEL:

1 tabletta 5 mg vinpocetinumot,
1 ampulla (2 ml) 10 mg vinpocetinumot tartalmaz.

HATÁS: A Cavinton javítja az agyi perfúziót és ezáltal az agy oxigénellátását.

Állatkísérletekben javítja a kísérletesen létrehozott hypoxia utáni agy regenerációt.

JAVALLATOK. *Orálisan:* különböző eredetű (postapoplexiás, posttraumás vagy sclerotikus), agyi keringészavarok psychés vagy neurológiai tüneteinek, emlékezőszavarok, aphasia, apraxia, mozgászavarok, szédülés, fejfájás csökkentésére, a klimaktérium szindróma vasovegetatív tüneteinek kezelésére. Hypertensiv encephalopathia, intermittáló vascularis cerebrialis insufficiencia, angiospasmus agyi kórképek, továbbá endarteritis cerebri. Ischaemiás agyi károsodásokban, előrehaladott agyi arteriosclerosisban a kollaterális keringés javítására.

Szemészetben az érhártya és ideghártya vascularis, elsősorban arteriosclerotikus, ill. angiospasmus okozta maculadegenerációk, partialis thrombosisok, érelzáródás következtében kialakuló másodlagos zöldhályog.

Fülészetben korral járó vascularis vagy egyes toxikus (gyógyszeres) halláscsökkenés, labyrinth eredetű szédülés.

Parenterálisan: kizárólag cseppinfúzióban. Neurológiai indikációban olyan akut, gócos ischaemiás cerebrovascularis kórkép, amelyben a vérzéses eredet biztonsággal kizárható.

ELLENJAVALLAT. *Orálisan:* terhesség.

Parenterálisan: Súlyos ischaemiás szívbetegségek, súlyos szívritmuszavarok. Terhesség.

ADAGOLÁS: *Orálisan:* Naponta 3×1–2 tabl., a fenntartó adag napi 3×1 tabl., hosszabb időn keresztül.

Parenterálisan: kezdő napi adag 20 mg lassú cseppinfúzióban (2 amp. tartalma 500–1000 ml infúziós oldatban) infundálva. A továbbiak-

ban a szokásos napi adag 30 mg (3 amp. tartalma 500–1000 ml infúziós oldatban), lassan cseppinfúzióban infundálva.

Amennyiben a beteg állapota szükségessé teszi – és a toleranciája megengedi – óvatosan emelve az adagot, a tizedik napon az infúzióban adott napi összmennyiség elérheti az 1 mg/tskg-ot. A készítmény iv. és im. nem alkalmazható.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS.

Az eddigi tapasztalatok szerint a tabl. interakciót nem okoz, ezért kombinációs kezelésre is alkalmas. Az injekció heparinnal incompatibilis, ezért az infúziót olyan beteg nem kaphatja, aki heparin-kezelésben részesül.

MELLÉKHATÁS. Kismértékű vér-

nyomáscsökkenés, ritkán tachycardia, extrasystole fordulhat elő. Tartós kezelés esetén a vérképet ellenőrizni kell időnként.

FIGYELMEZTETÉS.

Parenterális alkalmazás során az ampulla sorbitol-tartalma miatt diabetesesek vércukorszintje a kezelés alatt ellenőrzendő.

MEGJEGYZÉS. ✱ A *tabletta* csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető. Az *injekció* csak fekvőbeteg-gyógyintézeti felhasználásra van forgalomban.

CSOMAGOLÁS: 10 amp. (2 ml)

50 tabl.

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST





Geriatría

Gyógyítható az öregség? Az ún. geriatricumok haszná. Kanowski, S. (Abteilung für Gerontopsychiatrie der Universität Berlin): Dtsch. med. Wschr. 1982, 107, 1619.

Az öregedést számos szomatikus és pszichés tünet, illetve károsodás kíséri. Ezt a mindennapi tapasztalat igazolja; ezzel foglalkozik a növekvő mennyiségű gerontológiai irodalom. Mindezek ellenére bizonytalanság uralkodik az ún. geriatricumok indikációs területeit illetően. Ennek alapja az öregedéssel összefüggő számtalan gond és ezek megoldásának módszertani nehézsége.

Geriatricum alatt olyan anyagot, illetve kombinált készítményt értünk, amely — Kewitz szerint — vitaminokat, nyomelemeket, hormonokat és procainot tartalmaz. Emellett vannak olyan anyagok, amelyek javítják az agy energiaellátását, vagy működésének, anyagcserejének meghatározott részeit stimulálják. Ezekre az utóbbi években a nootropicumok, illetve a neurodinamicumok fogalmat vezették be. A geriatricumok és a nootropicumok javallati területe széles: a hatásosság vizsgálata klinikailag nehéz. A javallatok sok idős ember (beteg) megalapozott és jogos panaszainak felelnek meg, de egyúttal meghatározhatatlanok, nehezen definiálhatók, mint például általános kopási jelenségek, teljesítménycsökkenés, a testi és a szellemi erő elvesztése, fáradékonyság, emlékezőzavar, vegetatív dysregulatio, pszichés dysharmonia, alvászavar, ingerlékenység, nyugtalanság, feszültségi állapotok. Látható, hogy a készítmények javallati köre mind az életlenni, mind a kóros öregedés területét magába foglalja.

Az emberi öregedés összetett folyamat, amelyben biológiai, pszichológiai és szociális tényezők szerepelnek. Az öregedést illetően kielégítő elmélet még nincs. Ma még az a kérdés sem válaszolható meg egyértelműen, hogy az életlenni öregedés egyáltalán elhatárolható-e a kórostól. Ezért nem rendelkezünk az ún. geriatricumok hasznának és rizikójának megítélhetőségével. Az említett sokrétű és kevésbé konkrét panaszok, jelenségek miatt a terápiás célok meghatározása nem egyszerű. Nem könnyű a „geroprolaktikumok” és a „geroterapeutikumok” fejlesztéséhez modellt készíteni.

Nem csodálható, hogy a geriatricumok alkalmazását kritikusan kell értékelni. Ez mindenekelőtt a polivitamin és a hormonkészítmények-

re érvényes. Az általános, az öregedéssel előforduló vitaminhiány, az emiatt adandó széles körű substitutio éppoly kevésbé tisztázható, mint a hormondeficit. Vitamin- és hormonhiány az idős korban csak körülhatárolható körképekben alakul ki; konkrét kezelést igényel. Éppúgy kritikusnak kell szemlélni a procain, mint geriatricum elterjedt alkalmazását. A procain geroprolaktikus és geroterapeutikus hatásait írták le: ún. vitalizáló általános hatások, az elszürkült haj ismételt elszíneződésétől a procain mint antidepressívum propagálásáig. Ismert, hogy pozitív hatásokról mindenekelőtt román gerontológusok számoltak be. A kontrollált klinikai kettős vak tanulmányok eredményei negatívak. A román procain preparátumokkal és más, nyugati államokban előállított, az összetételben különböző készítményekkel kontrollált klinikai kettős vak összehasonlító tanulmányokat elvégezték idős betegekben. Mindkét specialitással éppúgy negatív eredményeket kaptak. Akinek — ahogy a szerzőnek — lehetősége volt a procain kezelést a bucaresti intézetben tanulmányozni, arra a következtetésre kell jutnia, hogy a procain hatás objektív értékelése Romániából nem várható.

A nootropicumok vagy a neurodinamicumok olyan szerek, amelyek a gondolkodási, tanulási, koncentráció stb. folyamatokat javítják. Ezek specifikus hatásmechanizmusa még nem ismert. Fő javallati körük az agyi teljesítményszavarok, az idült agyi organikus psychosyndroma keretében. Egyes nootropicumok hatásossága kétségtelen. A megítélés azonban nem könnyű. A placebo hatás jelentékeny a geriatricum terápiaiban.

Vértés László dr.

Idős korúak és sport: haszon és kockázat. S. E. Strauvenberg (Central Institute of the Sports-Medical Service, Kreische, NDK): Journal of Sports Medicine and Physical Fitness, 1981, 21, 309.

Az életkor előrehaladtával általában csökken a fizikális aktivitás. Egy kérdőíves vizsgálat tanúsága szerint 21–30 év között a megkérdezettek közel 60%-a sportolt alkalmilag és 30%-a rendszeresen, 41–60 év között már csak 25% alkalmilag és 12% rendszeresen sportoló akadt. Holott homozigóta ikreken végzett vizsgálatok igazolták a rendszeres fizikai aktivitás fékező hatását az öregedés folyamatára. Sportoló öregek kardiorespi-

ratorikus és metabolikus regulációja szignifikánsan jobb, rizikó-faktorai alacsonyabbak, edzetlen, hasonló korúakkal összehasonlítva. A rendszeres sportolás által elérhető pozitív hatások kiváltására azonban megfelelő intenzitású, gyakoriságú és időtartamú edzés szükséges. Csak a maximális O_2 -felvétel 50%-át meghaladó, minimálisan heti kétszer 10–30 perces edzéstől várható a kívánt hatás. Az izomzat nagy részét igénybe vevő, dinamikus jellegű mozgásforma ajánlott. Előzetes gondos orvosi vizsgálat elengedhetetlen az edzések megkezdésekor. Amennyiben a sportolásnak sem abszolút, sem relatív ellenjavallata nincs, sokkal inkább a mozgásszer- vi panaszok okozhatnak a későbbiekben nehézséget, mint a kardiovaszkuláris komplikációk.

Tapasztalatok szerint a sporttevékenység elősegíti az idősök szociális beilleszkedését, stabilizálja lelki egyensúlyukat.

(Ref.: Az NDK-beli szerző gazdasági tapasztalatait foglalja össze cikkében. A téma felvetése hazánkban is indokolt és feltehető, hogy meglevő sportolási lehetőségeink gazdaságosabb kihasználásával egyik oldalról, a sportorvosi tevékenység és irányú kiterjesztésével másik oldalról jelentős előrelépés lenne elérhető.)

Jákó Péter dr.

TRH-TSH regulató életes és senilis demens betegekben. Stähelin, H. B. és mtsai (Med. Geriatriche Klinik, Kantonsspital Basel): Schweiz. med. Wschr. 1982, 112, 1785.

Az idős kor sok tekintetben feltűnő hasonlóságot mutathat a hypothyreosis képével. A senescentiai jelei arra engednek következtetni, hogy a pajzsmirigy az öregedést jelentősen befolyásolja, bár a kettő között a világos összefüggéseket nem sikerült tisztázni. A TRH-stimulációs-teszt ma már érzékeny módszer a pajzsmirigyműködés magyarázatában.

Annak az eldöntésére, vajon a pajzsmirigy működési zavarok milyen mértékben mutathatók ki senilis demens (s. d.) és hasonló korú kontrollokon, vizsgáltak a szerzők 27 s. d. nő és 35 férfi, valamint hasonló korú 18 nő és 10 férfi kontroll beteget az orális TRH-tesztel.

Az idős korúak (közepes kor 80 év) harmadában az orális (40 mg) TRH egyik nemből sem idézett elő mérhető TSH-stimulációt; ebben másodlagos struma vagy gyógyszerbevitel szerepet nem játszott. A senilis demenciahoz való vonatkozás kimutatható nem volt. A nem mérhető TSH-emelkedés csoportban a többiekhez viszonyítva igen enyhe perifériás T_4 -emelkedés volt észlelhető. Az elváltozások leginkább TRH-ra való hypophaser válasz csökkenésével értelmezhetők. Geriatricum beteganyag pajzsmirigy működésének megíté-

lése elég nehéz feladat és a TRH utáni TSH felelet és a hypothyreoidismus diagnóza csak nagy körültekintéssel értékelhető.

ifj. Pastinszky István dr.

Csecsemő- és gyermekgyógyászat

A heveny bakteriális légúti fertőzésekben orálisan alkalmazott antibiotikumok indikációja. Simon, C. (Egyetemi Gyermekklinika, Kiel): Pädiat. prax. 1982/83, 27, 61.

A szerzők azt vizsgálták, hogy heveny bakteriális légúti fertőzésekben (ABLF) a leggyakrabban adott penicillin V (P), ampicillin (A), amoxycillin (AX) és erythromycin (E) hatásában, elviselhetőségében milyen különbségek vannak.

Vizsgálataik alapját 225 ABLF-ben szenvedő gyermek kórtörténetének retrospektív értékelése képezte. Betegeiket 1970–81 között kezelték. A gyermekek kora: 90 gyermek az 1. évben, 96 a 2–5. évben, 39 a 6–14. éves korban feküdt a klinikán. A betegeket hányás, görcsök vagy meningitis, encephalitis és pneumonia gyanúja miatt utalták be.

A P. indikációja: angina lacunaris vagy follicularis és otitis media purulenta volt.

Az A és AX-t: otitis media purulenta (csecsemők és kisgyermekekben), epiglottitisben (Haemophilus influenzae gyanúja), lázas bronchitis és pneumonia gyanúja esetén adták, továbbá pertussis gyanúsán.

E-t ugyanezen indikációk alapján adták, kivéve az angina lacunarist és akkor ha P. allergia volt. Az adagolás nagyjából megegyezett a hazai gyakorlattal (E-stearáttól: 40 mg/kg/die). A kezelési idő 6 nap volt, de streptococcus angina esetén 10 nap.

A kezelés hatásosságának kritériumai: 1. Bakteriológiai vizsgálatok (orr-, torok-kenet, a mandulákról, esetleg vérbakteriológia). 2. A láz tartama a kezelés megkezdésétől számítva. 3. A leukocytosis normalizálódása. 4. A helyi tünetek javulása. 5. Szövődmények gyakorisága (mastoiditis, pneumonia v. meningitis).

Az eredmények a következőkben foglalhatók össze:

Streptococcus angina esetén a P és E egyformán jónak bizonyult. Baktériumhordozó mindkét csoportban 3–3 maradt, késői szövődmény egyik csoportban sem volt.

Otitis media purulenta: a dobhártya lelete 2–3 nap alatt javult. Az A-val, AX-al kezelték nem gyógyultak gyorsabban, mint az E-vel kezelték. Mastoiditis, otogén meningitis nem volt. Dobhártyaperforáció esetében a kezelés után 1–4 nap múlva kórokozó már nem tenyésztett. Mindkét csoportban egyforma arányban tenyésztettek ki

streptococcusokat, pneumococcusokat és haemophilus influenzae-t. 14 haemophilus influenzae pozitív otitis esetből, akiket P-el kezelték, csak 4 nem gyógyult.

Lázás bronchitis neutrophiliával: a kisgyermek felénél haemophilus influenzae tenyésztettek ki, mindössze 15 betegből tenyésztett pneumococcus. A váladékok 2–3 napig A, AX vagy E-kezelés után negatívak lettek. A kezelés alatt nem fejlődött ki egy esetben sem bronchopneumonia vagy meningitis.

Pertussis syndromában sem volt különbség a különböző antibiotikumokkal kezeltékben. A betegség tartama az aspirációs pneumonia, atelectasia, görcsök azonosak voltak. Az A éppen olyan jó, mint az E.

Mycoplasma pneumoniae okozta légúti fertőzésekben E megrövidítette a lefolyást. Két csecsemőben, akiknek újszülöttként chlamidia trachomatis conjunctivitis volt, később pneumonia fejlődött ki, eosinophiliával, az E hatásos volt.

A P-t és E-t a betegek jól tűrték. Az E csecsemőkben hányást okozott az esetek egy részében, ami a köhögés következménye is lehetett. A-el és AX-al kezelték 50%-ában fordult elő kiütés. Megfigyelték még lazább székletet, A adása után.

Az említett antibiotikumok mindegyike jól bevált az adott körkerekben és közöttük lényegesebb különbségeket nem láttak. A hatásosság valószínűsége akkor a legnagyobb, ha az antibiotikumot pontos diagnózis alapján a kórokozó típusos spektruma szerint rendelik. A szerző hangsúlyozza a vérvét és bakteriológiai vizsgálat fontosságát, az antibiotikus kezelés megkezdése előtt.

[Ref.: A referátumban felsorolt számos közismert tény sok olvasónak természetes tudnivaló. Jelentősége azért nagy, mert a felsorolt gyakori kórképek képezik a gyermekorvosi (általános orvosi) gyakorlat nagyobb felét. Ezért tartotta fontosnak a nagy tekintélyű, minden gyógyszerjáratlól és hirdetőtől független szaklap a munka közlését.

Sajnálatos módon hazánkban még mindig nagyon sok gyermeket kezelnek a gyermekorvosok a felsorolt kórképekben Tetránnal, Tetraoleannal, Vibramycinnel, sőt még chloramphenicol készítményekkel is. Ilyen esetekben nemcsak súlyos, életveszélyes szövődmények jöhetnek létre, hanem a megfelelő optimális kezelés elmaradása súlyos veszélyhelyzetbe hozza az így kezelt gyermekeket, akiknél nagyobb a valószínűsége annak, hogy nephritis, rheumás carditis, súlyos bronchopneumonia, empyema és más szövődmények fejlődnek ki.

A WHO ajánlása szerint az „A” streptococcus és pneumococcus okozta felsőlégúti betegségeket pe-

nicillinnel kell kezelni és a kezelést legalább 10 napig kell folytatni.

Nem lehet eléggé hangsúlyozni a szakmai vezetők felelősségét, ha az ilyen gyakori betegségek helytelen kezelését évtizedek óta elnézik.]

Korányi György dr.

Intravénás zsíremulzió használata gyermekbetegekben. Az American Academy of Pediatrics Élelmezési Bizottsága: Pediatrics, 1981, 68, 738.

A terjedelmes cikk első része a zsírfelhasználás fiziológiájával foglalkozik.

A továbbiakban csak a gyakorlati következtetéseket és ajánlásokat ismertettem. A parenterálisan adható zsírkészítmények aránylag magas linolénsav (LS) tartalma leegyszerűsítette az iv. táplálást, mert szükségtelemmé vált a centrális vénák sokkal veszélyesebb katéterezése. Nem ismert azonban ezen emulziók lebontását szabályozó lipoprotein lipase rendszer működése, így nem lehet tudni biztonsággal, hogy mennyi LS-t képes mobilizálni a szervezet, ill. más úton phagocytosisal vagy a tüdőben van kóros, ill. nemkívánatos lebontás.

Ha a szabad zsírsavak magas koncentrációban vannak a vérben, akkor elfoglalhatják az albuminhoz kötött bilirubin helyét. A parenterális zsíremulzió adása fertőzés és/vagy hyperbilirubinaemia esetén ezért veszélyes lehet. A következmény pigment lerakódás a RES-ben, magas triglycerin, phospholipid és cholesterol-szint alakul ki hosszas kezelés után, de fellehetően nem okoz nagyobb veszélyt.

Nagyobb jelentősége van annak, hogy arachidon-sav és szöveti lipidek, továbbá a prostaglandin E metabolitok szintje szójaolaj emulzió adása után olyan értékeket ér el, mint esszenciális zsírsav-hiányos állapotokban szokott lenni. A zsírból származó kalória N-retenciót is okozhat.

A veszélytelen LS adagokat ezért nehéz megállapítani. A 0,5–1,0 g/3 kg/nap (33 kalória/kg/nap) adagkalóriát. A 4–6 g/kg/nap adag (44–66 kalória/kg/nap) különösebb nehézség nélkül használható általában, de rutin adása gyermekeknek már okozhat mellékhatást. Jelenleg 3 kg/nap (33 kalória/kg/nap) adagnál többet nem lehet ajánlani. Fertőzés, rossz tüdőfunkció és/vagy hyperbilirubinaemia miatt ennél is kevesebbet kell adni a zsíremulzióból.

A parenterális zsíremulziót csak nagyon lassan szabad adni és nem szabad hypertoniás glukóz-amínosav-elektrolit infúzióval együtt adni. Teljesen zárt rendszert kell használni azért, mert a baktériumok könnyen elszaporodhatnak. Még infúziós pumpát sem javasolnak használni.

Korányi György dr.

Az infectio nem okoz refluxot. Gross, G. W., R. L. Lebowitz (Children's Medical Center, Boston): Amer. J. Roentgenol. 1981, 137, 929.

A gyermekekben nem ritka vesicoureteralis refluxot kezdetben mindig distalis obstrukció következményeként fogták fel. Ez a felfogás helytelennek bizonyult. Ekkor előtérbe került az a nézet, hogy a reflux kialakulásában húgyúti fertőzésnek van oki szerepe.

A szerzők 1 év alatt végzett 933 vizeléses cystourethrographiás anyagukban vizsgálták a reflux és a fertőzés közti összefüggést. Kizárták a műtéten átesetteket, a distalis húgyúti rendellenességeket és azokat a betegeket, akikben a vizelet bakteriológiai vizsgálatának eredménye nem volt kielégítő. Így összesen 601 eset felelt meg elemzésük feltételeinek. Ezek között 204 esetben észleltek refluxot. A refluxos betegek vizelet bakteriológiai vizsgálatának eredménye 88%-ban volt negatív, 12%-ban pozitív. A reflux nélküliekben hasonló arányt találtak, 90%-ban negatív és 10%-ban pozitív tenyésztési eredménnyel. Korábban már refluxot állapítottak meg 43 betegben, ezeknek ellenőrző vizsgálata során elemezték a reflux alakulását és a bakteriológiai leleteket. Ezek vizelete 79%-ban steril volt mindkét vizsgálatnál. 3 esetben a bakteriológiai lelet pozitívvá vált, ugyanakkor a reflux csökkent, vagy eltűnt.

Mindezek alapján igazoltnak látják, hogy a vesicoureteralis reflux nem fertőzés következménye. Valószínűbb, hogy az uretero-vesicális junctio elsődleges rendellenességéről, éretlenségéről vagy hibás fejlődéséről van szó. Lehetséges, hogy a fertőzésnek szerepe van esetenként átmeneti, enyhe reflux létrejöttében.

Lacza András dr.

Normális növekedés és növekedési zavarok gyermekkorban. Prader, A. (Zürich, Gyermekklinika, Svájc): Klin. Wschr. 1981, 59, 977.

I. Normális növekedés. A szerző és mtsai longitudinális vizsgálattal, új, zürichi növekedési standardot, percentilis táblázatot állítottak össze. Ebből kitűnik, hogy a perinatális időszakban a fiúcsesemők gyorsabban növekednek, mint a lányok. Ennek okát a fiúkban észlelt magasabb tesztosteron-koncentrációban találták meg.

6–7 éves kor körül mindkét nemben enyhén meggyorsul a növekedés, oka a mellékvesekéreg-androgének, elsősorban a dehidroepiandrosteron fokozott secretiója (adrenarche). Ez a jelenség lányokban kb egy évvel korábban lép föl.

A növekedés sebessége közvetlenül a pubertás előtt a leglassúbb: 4–5 cm évente. Ezt követi a rendkívül fölgyorsult ütemű növekedés

a pubertásban, lányoknál 12, fiúknál 14 éves kor körül ($\pm 2,5$ év) érve el a legnagyobb mértéket: 7, ill. 9 cm/év (± 2 cm). A nemek között ebben az életkorban is észleltek különbséget a fiúk javára, oka a gonadális steroid-szintézis fokozódása (gonadarche). 4 évvel később a növekedés megáll. Az átlagos felnőtt magasság a felmérés szerint nőknél 164,8 cm, férfiaknál 177,4 cm.

A fiúk normális növekedéséhez növekedési hormon + tesztosteron kell, bármelyik hiánya esetén a növekedés üteme lényegesen lelassul. Lányoknál e kérdés még nem tisztázott, valószínűleg az oestrogének segítik a növekedést a pubertás elején. Ez nem mond ellen annak az ismert ténynek, hogy az oestrogének farmakológiai dózisban a növekedést fékezik. A normális növekedés nem jelenti azt, hogy nem hagyja el percentil-csatornáját — mint eddig hittük —, kis eltérések ugyanis individuálisak lehetnek. A csontkor érése lányokban — a pubertás kezdetéhez hasonlóan — 2 évvel megelőzi a fiúké.

Az intrauterin növekedésről szólva a szerző reméli, hogy az ultrahangvizsgálatok segítségével lehetővé válik a foetus növekedésének pontos nyomon követése — az abortumok méreteiből ugyanis nem lehet a normális viszonyokra következtetni. Biztos viszont, hogy az exogén okból bekövetkező intrauterin növekedéslemeradást postnatalisan behozza a csecsemő (l. pl. ikrek).

A szerző kitér az acceleratio problémakörére is: véleménye szerint nincs lineáris emelkedés, hanem szociális-gazdasági-egészségügyi jólét esetén nagyobbak, kritikus, ill. háborús időkben csökkennek a testméretek.

II. A növekedési zavarok nagy része konstitucionális családi variáns, melyben a végső testmagasság, a növekedés sebessége és a serdülés egyaránt elmarad az átlagostól. Ma már lehetségessé vált az alacsonynövések hormonális szubsztitúciója (növekedési hormon, anabolikus steroidok, pajzsmirigyhormon segítségével), és van mód az idejében kiszűrt, várhatóan túlságosan magas lányok és fiúk végső testmagasságának csökkentésére is.

A növekedési zavarokat (ált. lemeradást) okozó organikus megbetegedéseket 5 csoportba sorolva taglalja, példákkal illusztrálva;

1. Kromoszóma-anomáliák: Down-, Turner-, Klinefelter-sy., stb.

2. Dysmorphia-szindrómák: Silver-Russell, Wiedemann-Beckwith, stb.

3. Endokrinopathiák: hypophyzer alacsony növekedés, hypothyreosis, AGS, pubertás praecox, acromegalia stb.

Iatrogén veszély: steroidtherapia.

4. Krónikus betegségek: intestinalis, cardiacalis, renalis, hepaticus stb. alacsony növekedés.

5. Csontdysplasiák: achondroplasia, metaphysealis dysostosis.

Therapiás lehetőség az endokrinopathiák és a krónikus betegségek oki kezelése esetében van.

Károlyi György dr.

Orvosi szociológia

A biológiai és pszichoszociális nézőpont ellentétének politikai háttere. Albee, G. W. (Department of Vermont, Burlington, Vermont 05405, USA): American Journal of Community Psychology, 1982, 10, 1.

A szerző 1981-ben megkapta az Amerikai Pszichológiai Társaság nagydíját, amit a közösségi pszichológia és a közösségi elmeegészségügy terén elért eredményeiért ítéltek neki. E tanulmányát a díj átvételekor olvasta fel. Ebben rámutat arra, hogy a pszichológiai kutatás területén állandóan megfigyelhető egyfajta organicista, biológiai nézőpont jelentkezése, amely mintegy előfeltevésként meghatározza azoknak a kutatóknak eredményeit, akik e nézőpont talaján állnak. Már 1949-ben kimutatta Pastore, hogy a biológiai nézőpont háttérben általában konzervatív politikai álláspont rejlik. 1978-ban Sherwood és Natausky állapította meg, hogy az akkor tépöntjű erő vitában, hogy mennyire genetikailag meghatározott az intelligenciahányados, a kutatók élettörténete és politikai helyzete alapján előre meg lehetett mondani, ki melyik póluson foglal helyet, ki milyen eredményre jut vizsgálataiban. A biológiai előfeltevések három területen különösen zavarók és különösen sok merev állítást hoztak létre. Egyik ilyen terület az intelligenciahányados örökölhetőségének és faji meghatározottságának kérdése, a másik a deviáns viselkedés és az elmebetegségek köreredete, a harmadik pedig a férfiak és a nők különbségei. E három témakörben az utolsó 100 év történetében is megmutatkozik az állást foglaló kutatók elfogultsága. Ma pedig a szélsőséges állításokat, és elsősorban a biológiai tételeket retrográd társadalmi célok elérésére ideológiaként is felhasználják.

A szerző bőven idéz a különböző, általában híres közleményekből, amelyek a biológiai meghatározottságot hirdetik. Az intelligenciahányados körüli vitában különösen Eysenck írásaiól idéz sokat, meggyőzően bizonyítja Eysenck elfogultságát és álláspontjának megalapozatlanságát. A deviáns viselkedés biológiai pszichiátriai magyarázatai is sok kritikát kapnak a szerzőtől. Végül a nőkkel kapcsolatos — rejtett „szexizmust” képviselő — tudományos nézeteket elemezi kritikailag.

A szerző rámutat, hogy a biológiai nézetek sajnálatosan akadályozzák az iskolai oktatás reformtö-

rekvéseit, a mentálhygiéne terén pedig a prevenció próbálkozásokat. A biológiai perspektíva szempontjából ugyanis a viselkedés-
varok megelőzési kísérletei kilátástalanok, hiszen a genetikai okok mindenképpen érvényesülnek. A társadalmi irányítás nagyon szívesen veszi a biológiai magyarázatokat, mert ezek segítségével felmentheti magát a cselekvés kötelezettsége alól.

(Ref.: A szerző hatvan irodalmi forrásmunkát, többségében monográfiát dolgozott fel, tanulmánya az egyik legjobb munka a tárgykörben.)

Buda Béla dr.

A test irányítása: Orvosi előírások és a diéta racionalizálása. B. S. Turner (King's College, University of Aberdeen): British Journal of Sociology, 1982, 33, 254.

A tanulmány társadalomtörténeti és kultúrtörténeti kontextusban tárgyalja a diéta helyét és szerepét az újkor elején. Kultúrtörténetileg ezt a máig tartó industrializációt a racionalizmus elvének a behatolása jellemzi az iparba, és más területekre. Az orvoslásban a szerző a diéta megszervezésén keresztül illesztrálja a racionalizációt.

Közismert, hogy az újkori társadalmi transzformáció szorosan kötődött a protestantizmushoz. A puritán aszketizmus térhódítása a tiltások, előírások megszorodásához vezetett az élet minden területén, ennek egyik vetülete az ételek közötti válogatás szabályrendszerének — azaz a diétának — a kialakítása volt. A protestantizmus az étvágyban és a szexualitásban az aszketikus hajlam ellenségét látta, amely a józan életvitelhez szükséges normák ellen hat. Mind a szexualitás, mind az étvágy a racionalizálódó társadalom kontrollja alá került. A vallási, a szexuális kétségekre és a konyha ízeinek kísértésére ugyanaz volt a válasz: „Mértékelt vegetáriánus étrend és hideg fürdő.”

A test és a társadalom szükségleteinek ellentétei Malthusnál, Freudnál, Marcusenál, Habermasnál, Foucaultnál egyaránt fellelhetők. A felsoroltak közül a szerző csupán Foucault-t elemzi, aki a racionalizáció két újkori mintáját mutatja be: az ismeretek tudományos rendszerezését és a hatalom intézményi formákban történő megtestesülését. Mindkettő a test feletti kontroll, az ész uralmát segíti a vágyak felett. A társadalmi élet fokozódó racionalizációjában így jutott hely az ipar, a jog, az iskola, a tudomány, a börtön, a szegényház mellett a diétának is.

A tanulmány tézise illusztrálására — behatóan elemzi George Cheyne XVIII. századi ünnepeit londoni diétáskönyveit, az első modern és széles hatású diétás előírásokat. Cheyne-nek sok gondot okoz-

tak a kövér emberek, akik a társadalom puritán értékei miatt bűnösnek számítottak, és gyakrabban betegedtek meg másoknál. Az angol konyha szigorúsága és szerénysége — szemben az inycsiklandó mediterrán konyhával — így függött össze Cheyne munkáin keresztül a puritán purifikátori hajlamokkal, ahol az ételek diétás rendszerezése morális előírásokon alapult. A kor értékrendszeréhez simulva Cheyne szerint a betegségek a test natív állapotával szemben elkövetett táplálkozási visszaélésekből keletkeznek, amelyek adekvát gyógyformája így az önsanyargatáson alapuló diéta.

A diéta a kor munkásosztályának étkezési szokásait kevésbé befolyásolhatta, hiszen azok jövedelmüket gabonafélékre, burgonyára, húsról költötték, a Cheyne által javasolt vegetáriánus diétával szemben.

Páciensei keveset mozgó értelmiségiekből, városi polgárokból és arisztokratákból álltak, akik anyagilag megengedhették volna maguknak a test örömeit, de a társadalom uralkodó célrendszere szerint nem. Cheyne „kúrának” eredménye józan, mérték tartó városi polgárság lett, akik visszatartott fogyasztásokban, aggályos erkölcsiségükben a racionalizmuson alapuló új társadalmi rend manageri, vállalkozói csoportját alkották, azaz azokat, akik maguk is a racionalizáció elvei alapján éltek és dolgoztak, és mély megelégedéssel töltötte el őket vállalkozásuknak és testüknek ugyanazon szabályok szerint történő irányítása.

Császai Lajos dr.

A modern (ko-)habitáció. Lakás-szerkezet, emberek közötti tapasztalatok és kommunikáció. Nijs, Piet (Institut f. Familienkunde und Sexualwissenschaften, Univ. Frauenklinik B 3000 Leuven): Sexualmedizin, 1982, 11, 398.

A XX. század hihetetlen technikai lehetőségei bőségesen adnak alkalmat a lakás célszerű berendezése és a kommunikáció megvalósításának a vonatkozásában. Mindezek azonban új veszélyeket is teremtenek és ezekre az orvosnak is gondolnia kell.

A telekommunikáció korában kommunikációs-nehezégek hullám jelentkezett, ami igen jelentős, hisz „embernek lenni” azt jelenti, hogy „embertársnak lenni”, mert miként a biológiai élet egyik feltétele a gáz- és anyagcsere, a pszichoszociális lét a kommunikáción nyugszik. Ez utóbbi pedig nem a szavak kifejtését, hanem a közösségi életet ezen belül a „férfi-nő” kapcsolatot — jelenti. tehát a házasságot és a családot is. Miután pedig élni „valahol” kell, kiemelkedő jelentőséget nyer a lakás, ami a boldog életvitel vonatkozásában több szem-

pontból is jelentős. Így pl. a „szülői ház”-tól való elszakadás épp úgy „természetes”, mint a „házi béke” megteremtése.

Az emberek házaikban „laknak” és az egy fedél alattiaknak egymással kell kijönniük. Nem véletlen tehát, hogy a lakótelepek korában mind többen szeretnének családi házaikban lakni, ahová mintegy kiirhatják: belépni tilos. Ez a bezárkózás előnyös is, mert hozzásegít a meleg, családi légkör kialakításához, de egyúttal szükséges mértékben felül is elzár a környezettől.

(Napjainkban sok szó esik a lakásépítésről és elosztásról, így az orvosoknak is fokozottabban kell gondolni arra, hogy a „lakás” bizonyos pszichés, pszichoszomatikus kórképek kialakulásához vezethet.)

Aszódi Imre dr.

Orvosi pszichológia

A régi kapcsolati partner említésének metakommunikatív hatásai Newman, H. M. (Department of Communications, Hunter College, 695 Park Avenue, New York, NY 10021, USA): American Journal of Family Therapy, 1982, 10, 24.

A válások és a partnerváltások növekvő száma miatt mind gyakoribb jelenség, hogy az új partner-vizony közvetlenül követi az előzőt. Ilyenkor az előző partnerrel is marad valamiféle kapcsolat, az új partner viszont általában nem is ismeri. Az új kapcsolatban rendszerint „mitikus” jelleget ölt a régi partner, azáltal, hogy szó van róla, mint ismeretlenről. Az a mód, ahogyan a régi partnerről beszélnek az újak, meghatározza, hogy a régi partner személyének milyen hatása van az új partnerre. Kommunikáció elméleti szempontból világos, hogy a régi partnerről, és a vele való kapcsolatról szóló beszámolóknak funkciója van az új partner-vizony szempontjából. A beszámoló főleg metakommunikatív minőségében hat, és pedig úgy, hogy valamilyen rejtett célt szolgál az új kapcsolatban. A rejtett cél az, hogy a régi kapcsolatot elmesélő fél valamiképpen beállítsa a kapcsolatot és befolyásolja az új partnert.

A szerző régi kapcsolatokról szóló kommunikációkat elemezve megállapította, hogy négyféle metakommunikatív jelentése, ill. célja lehet annak, ha valaki volt partneréről új párjának beszél (ezek együtt is érvényesülhetnek). Az egyik cél az, hogy a kommunikáló fél megmutassa magát, feltárja múltját, és ezzel az őszinteség és az intimitás szabályát vezesse be a kapcsolatba. A kommunikációs szakemberek általában elfogadják Jourard elméletét, amely szerint az önfeltárás (self-disclosure) mértéke arányos a kapcsolat intimitási fokával, és az önfeltárás kezdeményezése általában mélyíti a kapcsolatot. Ez az

elmélet fejezi ki a régi partnerről szóló beszámoló eme felső funkcióját. Ehhez hozzá tartozik, hogy a beszámoló általában nem a régi kapcsolat objektív valóságát, hanem „szerkesztett” képét adja. A kép célja, hogy a kommunikáló félről a másikban, az új kapcsolatban valamilyen kedvező benyomás alakuljon ki.

A másik metakommunikatív cél vagy jelentés az, hogy a közlő fél rejtett módon kifejezze, mit tart az intim kapcsolatban kielégítőnek vagy nem kielégítőnek, kívánatosnak vagy nem kívánatosnak, értékesnek, vagy elítélendőnek. Ha a régebbi partner valamilyen kedvezőtlen tulajdonsága kerül szóba, ebben általában benne rejlik a metakommunikatív üzenet, hogy „te ne légy ilyen”.

A harmadik metakommunikatív arculat, hogy a közlő szabályozza a kapcsolati távolságot vagy közelséget. Ha a régi partnerről kedvező dolgokat mond valaki, ez lehet — az új kapcsolat kontextusától függően — büntetés, féltékenyítés, bosszantás, — tehát a távolságkeltés eszköze. A kedvezőtlen dolgok elmondása viszont hordozhatja a mögöttes üzenetet, hogy „de te nem vagy ilyen”, és ezzel a metakommunikáció a partnert közelebb vonzza.

Végül a negyedik metakommunikatív arculat azt fejezi ki, hogy a közlő személyiség ki akarja alakítani a másikban a maga képét olyan módon, hogy ezzel meghatározza a másik észleléseit önmagáról. A régi partnerről szóló közlés mintegy „tanmese”, azt mondja, „ilyen vagyok, ilyennek fogadj el, ez az, amit szeretnék, ha látnál bennem, erre figyelj, ez a fontos, ez az érdekes”. Mivel a régi partnert az új nem ismeri, a régi kapcsolat információit a közlő fél szinte tetszése szerint manipulálhatja e cél érdekében.

A régi partner említése hosszabb távon fontos szabályozó mozzanat, ill. lényeges kapcsolati elem lehet az új partnerviznyban. A régi partnerről szóló híradások megfigyelése és metakommunikációs szempontú elemzése fontos eszköz lehet a párkapcsolattal foglalkozó szakember számára a kapcsolat dinamikájának megértésében. Ez tehát párterápiás célból is fontos jelenség, de használható házasság- és kapcsolatlélektani kutatásokhoz is, ugyanis a témát szakember könnyen elő tudja hívni, könnyen rá tud kérdezni. Ha a szakember arra is figyel, hogy mi az, ami következetesen nem kerül szóba a régi kapcsolatról, ugyancsak értékes támpontozó juthat az új párkapcsolati helyzet megítélésében. Ha tehát a szakember a régi kapcsolatról szóló beszámolókat, beszélgetéseket metakommunikációjára figyel, nagyon fontos belátást nyer a párkapcsolati fő tengelyébe, ami a kapcsolat kontrollját, a kapcsolaton belüli dominanciát, a közelséget és a távolító fenyegetést érinti.

(Ref.: A közleményt fontossága miatt ismertettem részletesebben. A metakommunikáció megértésének, „dekódolásának” képessége az empátia egyik alapfolyamata, erre a képességre az orvosi munkában igen nagy szükség van, ez különösen elengedhetetlen a pszichoterápiás tevékenység szempontjából. A közlemény nagy értéke, hogy a mindennapi élettapasztalatra utalva rendkívül világosan illusztrálja azt a szemléletet, ahogyan a metakommunikáció értelmezhető. Megemlítendő, hogy a metakommunikáció fogalma az utóbbi néhány évben egyre többször jelenik meg az irodalomban (ezt mutatja a közlemény irodalomjegyzéke is). Úgy tűnik, hogy a metakommunikáció elmélete egyre nagyobb befolyásra tesz szert napjainkban a klinikai lélektanban, különösen annak egyéni és társas pszichoterápiákkal foglalkozó részében. Az újabb irodalom így mintegy igazolja a referens megítélését, aki a hatvanas évek végétől kezdve hangsúlyozza a metakommunikáció és általában az interperszonális kommunikációelmélet központi jelentőségét.)

Buda Béla dr.

A haláltól és a haláltusától való félelem orvostanhallgatók között. K. Howells, D. Field (Dep. of Psychology, Dep. of Sociology, Univ. of Leicester): Social Sciences and Medicine, 1982, 16, 1421.

Két ellentétes nézet tartja magát az orvosok halálfélelméről. Az egyik szerint munkájuk jellegéből adódóan magas fokú tudnak bánni a halálfélelem szorongásával. A másik nézet szerint az orvosok jobban félnek a haláltól, mint az orvostanhallgatók, az orvostanhallgatók jobban, mint a velük egykorú, de más tanulmányokat folytató diákok. Ez utóbbi nézet is azal magyarázza a jelenséget, mint az első, azaz az orvosok munkájuk során egyre fokozódó mértékben találkoznak a halállal és ez kumulálódó, feloldhatatlan stressztet jelen számukra.

A szerzők a Leicester egyetem 178 orvostanhallgatóját és 171 társadalomtudományi diszciplínát hallgató diákját vizsgálták meg és hasonlították össze. A „halálfélelem” érzését három komponensre bontották: a mások halála feletti szorongásra, a saját haláluk feletti szorongásra, és saját haláltusájuk miatt érzett szorongásra.

Az eredmények szerint nincs lényeges különbség a két vizsgált populáció között, azaz az emóciók kezeltetésének és kezelésének nincs külön szakmai formája, hanem általános emberi félelemről és az ezekre adott általános emberi reakcióról beszélhetünk csak. Általában a haláltusa gondolata nagyobb szorongással töltötte el a vizsgált személyeket, mint a nemlét gondolata. A legnagyobb szorongást a

mások halála miatt érzett aggodalom okozta amit a szerzők életkori sajátosságnak tartanak a diákoknál: Saját haláluk gondolkodásukban és érzésvilágukban még periférikus helyet foglal el.

A nők magasabb szorongást mutattak a férfiaknál, amit a szerzők szerint az a szocializációs különbség magyaráz, hogy kultúránkban a nők azt tanulják, hogy nyíltan fejezzék ki az érzelmeiket, és ezt nőiesnek tartjuk, míg a férfiakról érzelmeik elfojtását várjuk.

Érdekes eredménye a vizsgálatnak, hogy az orvostanhallgató nők kisebb szorongást éreznek saját haláltusájuk gondolatától, mint a társadalomtudományokat hallgató nők. A vizsgálat koncepciója és fogalomkészlete nem nyújtott módot ennek a ténynek a magyarázatára.

Császi Lajos dr.

Segítség és teljesítmény. G. Bean, L. H. Kidder (Dep. of Psychology, Temple Univ. Philadelphia, USA): Social Science and Medicine, 1982, 16, 1377.

Az orvos modellje két szerepet tartalmaz: a szakértőt és a karitatív segítőt. Az első feladat, a második szocio-emocionális orientáltságú. Az orvosoknak már csak az idő korlátozottsága miatt is választaniuk kell, melyiket tekintik fontosabbnak a maguk számára.

Az orvosi fakultás valamennyi évfolyamán összesen 272 fiút és 178 nőt kérdeztek meg. Kíváncsiak voltak arra, hogy a tanulmányi idő alatt egyrészt, a nemek között másrészt, milyen beállítódásokat és azok milyen különbségét tapasztalják majd az említett szerepkettőségre? 50 tételből álló tesztet használtak a teljesítmény és a karitatívitás általános mérésére, majd az onkológiához és a daganatos betegekhez kapcsolódó attitűdök mérésére.

A nemi szerepek sztereotípiáival ellentétben a nők mind a teljesítmény-orientációban, mind a szocio-emocionális orientációban magasabb értéket mutattak, mint a fiúk, és a két szerepet összeegyeztethetőnek tartották, azaz a tradicionális és a professzionális szerepek integrációjára törekedtek. (Egyelőre nincs adat arra, mennyiben változik a sikeresség és a segítőkészség együttes preferálása a nőknél az egyetem utáni években.)

Az első klinikai évben a diákok kevéssé voltak teljesítmény-orientáltak onkológiai kérdésekben, érdeklődésük fokozódott, majd az utolsó évben az érdeklődés visszaesett az első klinikai évek értékeire. A szerzők szerint az első klinikai évben az alacsony érték a bizonytalanságból fakadt, mert nem integrálták az onkológiát a medicina más problémái közé. Az utolsó évben már volt tapasztalatuk daganatos betegségekről és más disz-

ciplinák értékelését is ismerték az onkológiáról.

Bár a diákok segítőkészsége az évek folyamán nőtt, ez nem érvenyes az onkológiával szemben mutatott attitűdjükre, ahol a diákok személyes inadekvátságot éreztek a daganatos betegekkel szemben. Azaz mind a teljesítmény-orientáció, mind a segítőkészség csökkent az évek során a daganatos betegekkel szemben. Pszichológiai képzést javasolnak a szerzők az orvosoknak, hogy a daganatos betegek emocionális igényeit kezelni tudják.

Császai Lajos dr.

A válástól az újránházasodásig: szülői feladatok és terápiás elvek. Messinger, L., Kenneth, N., Walker, K. N. (Clarke Institut of Psychiatry, 250 College St., Toronto M5T 1R8, Canada): American Journal of Orthopsychiatry 1981, 51, 429.

A családok egyre jelentősebb hányadának karrierje tér el a családi életciklusok „normális” rendjétől, és egyre inkább válások válik egy olyan modell kidolgozása, mely magában foglalja a válás és újránházasodás tipikus fázisait is. A szerzők saját empirikus kutatása, az általuk vezetett lakossági szemináriumok tapasztalatai és klinikai gyakorlatuk is egyöntetűen bizonyítja, hogy a válástól az újránházasodásig terjedő életszakasz sajátos gondjainak megoldásához kevés segítséget nyújtanak a mentálhigiénés szolgáltatások.

Ha mindkét fél kellően motivált erre, akkor is nehéz megoldani a szülői feladatok együttes ellátását a szeparáció után. Nagy jelentősége van a válást megelőző időszaknak, amikor a terapeutának vagy tanácsadónak arra kell törekednie, hogy elkülönítse a házastársi viszonyból fakadó konfliktusokat a szülői közösséggel együttjáró feladatokról, és lehetővé tegye a várható szakadás következményeinek mielőbbi feltárását a gyermek előtt. Minden eltagadás a gyermek biztonságérzetét csökkenti. Fontos, hogy a távozó szülővel való kapcsolattartás részleteiről minél előbb tájékozottassák: az ezzel kapcsolatos szülői megállapodásokat ideális lenne még a válás jogi processzusának megindítása előtt tető alá hozni.

Lassan már egyfajta új család-típus kezd válni a rigid külső határokkal körülvett anya-gyermek család, melyben belülről erős kötődés és sokszálú lojalitás fűzi össze a szülőt és gyermekét. Veszélye nemcsak az, hogy a másik szülővel elzárja a gyermek érzelmeit, hanem az együtt élő szülőktől is távol tartja az összes potenciális partnert, miközben a gyermek miniatűr felnőtté torzul a rá háruló hatalmas emocionális teher alatt. A megelőzés érdekében fontos módja, hogy növelni kell a gyermek inter-

akcióinak gyakoriságát a külön élő másik szülővel.

Az újránházasodás olyan helyzetet teremt, melynek leírására alkalmatlanul bizonyulnak a családi kapcsolatok jelenlegi kategóriái. Megtévesztő az az elképzelés, hogy az újránházasodással létrejött család majd létrehozza az integráltságnak azt az új érzését, amit a nukleáris család jellemzőjének tartanak: az új rendszer konzisztenciáját kikezdi az előző házasság komplex viselkedése. Az intézményesen rögzült normák hiánya irreális elvárásokat szül, ezek azután csalódás, zavar és bűntudat gyakori forrásai. A szerzők a preventív beavatkozás hatékony formáját találták meg az újránházasulóknak szervezett lakossági szemináriumokban, melyek edukációs módszerrel nyújtanak segítséget egy páratlanul nehéz élet-helyzet megoldásához.

(Ref.: A cikk legfőbb értéke, hogy olyan élethelyzetekre irányítja a figyelmet, ahol a családi kapcsolatok patológiai vonásai még naszcens állapotban vannak, és könnyedén — felvilágosítással és egyszerű edukációs módszerekkel is — alakíthatók. A hibásan megmerevedett rendszer megváltoztatása azután már jelentős energiát követel: ez általában akkor derül ki, amikor a rendszer már „felajánlott” egy páciens az egészségügynek.)

Bognár Gábor dr.

A károsodott gyermek és a szülők házassága. Starr, P. (H. K. Cooper Clinic, Lancaster, Pennsylvania, USA): Social Work, 1981, 26, 504.

A közlemény elején a szerző áttekinti azokat a meglehetősen elmentmondásos vizsgálatokat, amelyek a szülők házassági zavarai és a gyermek viselkedészavara, antiszocialitása, tanulási nehézségei közötti kapcsolat felderítésére törekednek.

Vizsgálatukban nyúlajakú és farkastorkú 2 éves gyermekek szüleinek házasságát hasonlították össze normál gyerekek szüleinek házasságával. Tesztvizsgálatokkal mérték, hogy milyennek ítélik meg a szülők a gyermek viselkedését (Missouri Children's Behavior Checklist), milyen a szülők és a gyermekek közötti kapcsolat (Parent-Child Relations Questionnaire egyes altesztjei), valamint, hogy milyen a szülők házassága (Locke-Wallace Marital Adjustment Test).

Az eredmények azt mutatták, hogy a két csoportban szereplő édesanyák házasságukkal való megelégedettsége között nem volt szignifikáns eltérés. A boldogabb házasságban élő anyák ugyanakkor gyermekeiket kevésbé agresszívnek, kevésbé aktívnak, kevésbé gátlottnak jellemezték, és arról is beszámoltak, hogy az alaptergység következménye, az alvászavar is

enyhébb volt, mint a boldogtalan házasságban élők gyermekeinél.

Nem találtak szignifikáns összefüggést a szülői viselkedés stílusa a beteg gyermek neme, valamint a család gazdasági-társadalmi helyzete között.

Vizsgálatuk alapján a szerzők arra következtetnek, hogy kapcsolat van a házassági zavarok és a gyermek viselkedése között, és különösen figyelemre méltónak tartják, hogy már 2 éves korban is fellelhetők különbségek a jó és rossz házasságban élők gyermekeinél.

Telkes József dr.

A pszichoszomatikus tényezőről. S. Dalla Piazza: Les Feuilles Psychiatriques de Liège, 1981, 14, 512.

Régi törekvés a medicina történetében a fiziológiai és a pszichológiai tényezők kölcsönös összefüggésben való szemlélete. Hippokratész (ie. IV—V. század) és tanítványai a fizikai és a mentális egészség interdependenciáját tételezték fel. Galenus (iu. II. század) kidolgozta a modern tipológia alapjait és kapcsolatot tételezett fel a fehér és fekete „epe”, a melancholikus, a kolerikus és a flegmatikus temperamentumok között.

Korunk pszichoszomatikus medicinája még szorosabb kölcsönhatást lát a pszichológiai elméletekkel az emberi testen belül, elfogadva azok (főleg az emóciók) részvételét bizonyos betegségek kialakulásában.

Dongier kiemeli, hogy a különféle betegségek létrejöttében érvényesülő pszichológiai tényezők befolyása igen változékony és „poli-etiológiáról” van szó, ezért szinte lehetetlennek véli egy „pszichoszomatikus” asztma elkülönítését egy „allergiától”. A pszichológiai és fiziológiai tényezők határfoka közötti „demarkációs vonal” pontatlan marad a kutatási és a felhasználási fogalmi típusok szerint. A monisták hisznek az említett tényezőknek a fizikokémiai törvények egy sorozatába való redukciós lehetőségben.

Ezzel szemben a pluralisták „a valóság szilárd alapjára” hivatkoznak és úgy szemlélik az „univerzumot”, mint egy „összetettségű” sorozatot (Paulus, Needham), mely kiindulva a „szubatomikus” nívóból áthaladva az atomon, a molekulán, a kolloidális részecskén, az élő sejtmagon, a szerveken végül is fiziológiai és pszichológiai „entitásokhoz” vezet.

E cikk szerzőjének álláspontja megegyezik többek között Haynal és Pasini (1978-as kiadású „Psychoszomatikus medicina kézikönyve”-ben leírt) elveivel, miszerint magatartásunk — legyen az motoros vagy mentális — testünkhöz tartozik és „substratumuk” csak organikus lehet.

A fenti előzmények után következik a pszichoszomatikus tényező körülírása, mely nem éppen zökkenőmentes; hiszen még orvosi

körökben is olykor összekeveredik a hisztériás konverzióval vagy a „hypochondriával”. Általában elfogadott, hogy a pszichoszomatikus zakkifejezés a psziché és a szoma funkcionális egységét jelöli és a szerző ennek értelmét kiszélesítve tesz különbséget a pszichoszomatikus tényező (fait psychosomatique) és a pszichoszomatikus betegség között. Minden individuumban a megtermékenyítettségétől a haláláig állandó átdolgozások (anabolizmus, katabolizmus) középpontjaként tekinthető, mely egy dualitásba és egy egyensúlyba illeszkedik be az organizáló és a dezorganizáló erők közé. Ha bizonyos külső vagy belső tényezők függvényében ezen erők egyike módosul, ezt az egyensúlyt felválthatja egy másik jobban vagy rosszabbul szervezett. Az egyén celluláris szinténél kezdődő organizációja folytatódik a központi idegrendszer irányítása alatt megvalósuló specializált vitális funkciók kiépítésével. Ezek a funkciók magukba foglalják a környezethez alkalmazkodó mechanizmusokat (termoreguláció...), a „stresselő” tényezők (zajok...) elleni védekezőseket és a személyiség alkotóelemeit is. Az emberi lényben fejlődése folyamán válasz-, illetve védekezési sémák szerveződnek a belső és a külső dezorganizáló ágensek ellen. Ezekután az emóciók és a neurovegetatív manifesztációk szerepére, valamint a szociokulturális behatások jelentőségére mutat rá a szerző és hangsúlyozza a központi idegrendszerrel való szoros kapcsolatukat. Majd a kortikális zónák, a limbikus rendszer és a filogenetikusan ősi szubkortikális (hippocampus, nucl. amygdae stb.) struktúrák szerepére mutat rá az emóciók szomatikus kifejezésében és az életfunkciók módosításában, megemlítve ezen struktúráknak a *hypothalamussal*, a *hypothalamo-hypophysealis* rendszerrel, valamint a *subst. reticul. ascendens*-szel való kapcsolatára is.

A fizikokémiai változók sokasága a környezet pressziója alatt kiépít egy kapcsolatot, melynek a hatásai képezik a pszichoszomatikus tényezőt, amely tulajdonképpen az egyén válaszában tekinthető. A fentiek alapján tehát a pszichoszomatikus tényező az egyén „rendező” válasza, mely azonban bizonyos esetekben insuficiens, túlságosan erős vagy inadekvát is lehet és ilyenkor pszichoszomatikus betegségről van szó. Pl. bizonyos veszélyhelyzetekbe beilleszthető reakció lehet egy megkönnyebbüléshez vezető, könnyebb menekülést biztosító *diarrhoea*. Valójában ez egy pszichoszomatikus tényező, mely patológiássá akkor válik, ha ez a „rendező” válasz szándéktalan és pontatlan lesz, azaz generalizálódik a létrehozó körülményektől függetlenül, mintha a veszély egy permanenciaféleséget jelentene és belsővé alakulna. Így az adott szerv nem megfelelő időben és szituáció-

ban való működése egy lézió kialakításához vezethet, létrehozva egy valódi pszichoszomatikus betegséget. Mindezekhez hozzátevédk még az életkörülmények, az átélte események fontossága az egyén élet-történetének a függvényében.

Így válik szemléletessé a szerző álláspontja, miszerint a pszichoszomatikus betegséget a pszichoszomatikus tényezők részeként fogadjuk el, amelyekben a pszichológiai és a fiziológiai változók belsőlegesen összekötöttek, szoros korrelációban az individuális adottságokkal, a szociokulturális környezettel és az egyén élettörténetével.

(Ref.: *Elgondolkodtató, hogy a bibliográfiás jegyzékben a cikk szerzője 11 alapvető fontosságú tanulmánykötetre hivatkozik, melyek között 3 magyar származású szaktekinthető található.*)

Deák Zoltán dr.

Behaviorista és rendszerszemléletű családterápia: Integrálás és klinikai alkalmazás. Birchler, G. R., Spinks, H. S. (Mental Health Clinic 116A4 V. A. Medical center 3350 La Jolla Village Dr., San Diego, CA 92161 USA): American Journal of Family Therapy 1981, 9, 6.

Ez a cikk valószínűleg figyelmet ébresztő terméke annak a néhány éve jól megfigyelhető folyamatnak, amely az utóbbi időben különösen pregnánsan jelentkezik a különböző pszichoterápiás irányzatok publikációinak a körében. A lassanként meginduló szemléleti közleledést ugyanis újabban már határozott körvonalú elméleti és gyakorlati integrálódás váltotta fel a korábban összeegyeztethetetlennek látszó gondolkodási és gyakorlati iskolák körében. A családterápia, természeténél fogva, jobban igényelte és jobban elő is segítette ezt az integrációt.

Ebben a tanulmányban a szerzők a családterápia két legjelentősebb, átfogó szemléletének: a rendszer-szemléletű és a behaviorista modellnek az integrációját tűzték ki. (A rendszerszemléletű, vagy más néven kommunikációs pszichoterápiás irányzatnak nálunk is jól ismertek a megalapítói és fő képviselői: Haley, Jackson, Beavin, Satir, Waczlawick stb., a behaviorista, viselkedéseméleti családterápiás irányzat fő képviselői: Jacobson, Mangolin, O'Leary, Turkewitz stb.) Két ilyen eltérő alapkörül-működő és eltérő fogalomkészlettel dolgozó irányzat integrációja természetesen nem egyszerű feladat. Egy rövid tanulmány keretében teljesen el se végezhető, valószínűleg.

E cikk szerzőinek nem sikerült igazán ez az integráció — különö-sen elméleti síkon nem. Sajnos, a szerzők nem teljesítik a tanulmány bevezetőjében ígért kulcsfogalmak-nak a két szemléleti rendszerbe

való kölcsönös újradefiniálását sem. (Ilyen kulcsfogalmak pl. a családi szabályok, a cirkuláris kauzalitás, a családi homeosztázis stb. a kommunikációelméletben, vala-mint a kölcsönös megerősítéskontroll, a stimulus-kontingencia, a problémamegoldó készség a beha-vior-terápiában.) Az ilyen fogal-mi tisztázódás lehetne pedig a leg-nagyobb haszon, amit az ilyen esz-szerű tanulmányokból joggal remélhetne az olvasó.

Amiért talán mégis érdemes el-olvasni ezt a cikket: az a bőséges irodalomjegyzék (65 címmel), vala-mint az a néhány technikai és tak-tikai (a szerzők által stratégiának nevezett) ötlet, amelyet ismertete-nek, esetrészletekkel illusztrálva. Ilyenek: néhány példa a családok-nak adható terápiás, strukturált házi feladatra, a terapeuta-pár ál-tal lejártszott, értelmezést és mo-dellállítást szolgáló pszichodrama-tikus tükörjáték; valamint az „an-tiszabotázs-játék”-nak nevezett el-járás, amellyel az ellenállásokat próbálják kivédeni.

Honti B. László dr.

A placebo analgészia biológiája. Fields, H. L., J. D. Levine (Univer-sity of California, School of Medi-cine, Department of Neurology, San Francisco, CA 94143): Amer. J. Med. 1981, 70, 745.

A fájdalom placebo kezelésekor az a cél, hogy aktívan ne befolyá-soljuk a patológiai folyamatot, sem a fájdalom neuronális transzmisszió-s útjait. A placebo hatásnak konzisztensnek kell lennie és a ke-zelt állapot természetes fejlemé-nyeitől függetlenül kell érvényesül-nie.

Nincsenek a placeboóra reagálók-ban megkülönböztethető személyi-ségvonások. A legtöbb ember képes placeboóra reagálni. Egy adott hely-zetben kapott pozitív placebo vá-laszának csak statisztikai valószí-nűsége van arra, hogy egy másik adott helyzetben ugyanannál a sze-mélynél megismétlődjék, tehát a helyzeti tényezőktől igen sok függ. A nagyobb klinikai fájdalom pl. jobban befolyásolható placeboval. A szorongásos egyén is jobban rea-gál placeboóra pl. klinikai körülmé-nyek között, mint kísérleti föltéte-lek mellett. Úgy tűnik tehát, hogy a helyzeti tényezők fontosabbak, mint a személyiségvonások.

Ahogy az orvos kommunikál, ahogyan a beteg elvár, az kritiká-s lesz a placebo válasz előidézésé-ben. Amit az orvos mond és aho-gyan mondja, attól is függ, mi a véleménye az alkalmazott kezelé-sről. Az analgésziás placebo hatást növeli a szuggesztió és ez megfor-dítva is igaz: az aktív analgetikum hatását csökkenti az, ha az orvos kommunikációja a gyógyszer hatá-sában való kétségről árulkodik. Az instrukció mértékével is egyenesen arányos a placebo hatás.

A központi idegrendszerben olyan peptidok vannak, amelyek a narkotikus analgetikumokhoz hasonlóak. Ezek az endogén opioid-peptidok abban az agyi régióban koncentrálnak, amely a fájdalom szupressziójának hálózati rendszerét foglalja magában. Ez az agyi alrendszer képes arra, hogy modulálja a fájdalmat. Állatokban (stresszorokkal, kondicionálással stb.) aktiválható. Ha endogén opioid-peptidok közvetítik az analgéziát, akkor azok naloxonnal blokkolhatók, vagyis az analgészia is blokkolható. Kísérletileg ezt sikerült elérni. Emberben pedig növelni lehetett naloxonnal a fogmú-tét utáni fájdalmat, de fokozni lehetett a placebo-analgéziát is. A szerzők szerint így ez utóbbi hatása az endogén opioidok által közvetítődik.

Császár Gyula dr.

A compliance klinikai jelentősége. Herrmann, J. M., E. Gaus (Med. Abt., Inselspital Bern, Abt. Psychosomatik d. Univ. Ulm); Schweiz. med. Wschr. 1981, 111, 1998.

A „compliance” (c.) angolszász fogalomkörön az orvos és a beteg között az előírt preventív és terápiás eljárások betartását illető kölcsönös megegyezés értendő. Ezt az egyéb szinonimák („resists”, „indolens” beteg; „therapia-boj-kott”) kevésbé jól, vagy éppen drasztikusan érzékeltetik. A c. jelentősége a klinikus számára abból adódik, hogy a kórházi kezelés alatt átlag csak minden harmadik beteg veszi be rendszeresen a tablettát, illetve a kibocsátás után kétharmada többé nem, vagy csak rendszertelenül szedi. Ebből adódik, hogy ezen gyógyszerek egy része tönkremegy vagy felhasználatlanul hever, ami a népgazdaság számára jelentős teher, hiszen a rendelt gyógyszereknek mintegy 35–40%-át nem veszik be. A c.-ráta jobb heveny betegségek esetén, mint a hosszú éveket tartó idült folyamatok kapcsán. Az előírt határidők betartása („termin-compliance”) is lényeges tényező a magatartás megítélésében.

A c. különböző formái különböztethetők meg; bár rendszerint inkább a rendelt gyógyszerek szedésének betartását vizsgálják, mégis a c. egyéb területeken is hasonlóan lényeges (étrendi előírások, noxák: nikotin, alkohol stb. kerülése, az életmód és munkakörülmények változtatása stb.).

A c.-ban a rendelt gyógyszerek fajtája és javallata is jelentős; a különbözőségek okainak alapjai nem tisztázottak. Így a c.-ráta a következők szerint igen változatos lehet: antacida 17%, tranqüillancia 40%, tuberculostatica, sedativa, mydriatica és oestrogenek 42%, analgetica 50%, antihypertensiva 61%, diuretica 72%, insulin és antidiabetica 78%, cardiaca 89%. A kis és na-

rancsszerű kapszulákat szívesebben szedik be, mint a szürke vagy nagy kapszulákat. A gyógyszerek szedését a vérsavószint vagy a vizelet-ürítési értékek is mutathatják. A c.-t befolyásolhatja maga a betegség mivolta (pl. csekély pszichotikus betegségek kapcsán), a kezelési közvetítési mód (beszéd vagy írás), a kórházi kezelés formája (poliklinikán egyéni határidő meghatározott kezelőorvosnál), a gyógyszeres kezelés (oralis, i. v. alkalmazás stb.) mikéntje. Minél több a pro die rendelt gyógyszerek száma, annál bizonytalanabb a tabletták bevétele. Jelentős szerepet játszik a betegnek a járóbeteg-rendelésen eltöltött ideje, a betegnek nyújtott információk száma, és az orvosi utasítások érthetősége. Az orvos-beteg viszony situatív és interakcionális tényezői sokkal inkább jelentősek, mint a beteg specifikus személyiségi vonásai.

ifj. Pastinszky István dr.

Szülészeti és nőgyógyászati

A progestogenek jövője a fogamzásgátlásban. Spellacy, W. N. (Department of Obstetrics and Gynecology, University of Illinois at the Medical Center Chicago); Am. J. Obstet. Gynecol. 1982, 142, 717.

A szimpozium főrendezője 3 korszakot különböztet meg az oralis anticoncipiens (O. C.) történetében: az 1950–1960-ig terjedő időszakban igen magas oestrogen és progestogen adagok voltak jellemzőek. Biztos fogamzásgátlásra és a ciklus fenntartására törekedtek. Hamarosan kiderült, hogy használatukkal kapcsolatban nagymértékben megnőtt a thromboemboliás megbetegedések száma. Ezért az oestrogen faktort tették felelőssé.

A II. időszakban, 1970–1980-ig terjedően, a fenti okok miatt jelentősen csökkentették mindkét komponens hatóanyagát. Így az oestrogen komponens 0,03 mg-ig, a levonorgestrel adagját 0,15 mg-ig (Rigevidon). Ilyen adagok mellett már bizonytalanul válik az ovulációt gátló hatás. Ekkor vezették be a tisztán progestogen készítményeket (aetiodiodiacetát stb.). Sajnos, ezek a készítmények sok cikluszavart és 1–3%-ban nem kívánt terhességet okoztak.

A III. szakasz az 1980-as évvel azzal vette kezdetét, hogy felismerték a klinikusok, hogy a csökkentett oestrogen dózisk mellett továbbra is fennállt a kombinált készítményeknek az érrendszerre gyakorolt káros hatása. Ma már nyilvánvaló, hogy ezért a káros mellékhatásért a progestogenek is felelősek. Így pl. a vérnyomás emelkedése, a serumlipidek káros elváltozása, amely a magas sűrűségű lipoproteinek csökkenésében (HDL) nyilvánul meg. A legújabb felfogás szerint ez utóbbi serumli-

pideknek igen fontos szerepe van az atheromatosis elleni védelemben. Továbbá bebizonyosodott a progestogenek káros mellékhatása a szénhidrát- és általános anyagcserére. A fenti elváltozások gyorsítják az érmezesedéshez vezető folyamatokat és klinikai problémákat okoznak. Éppen ezért fordult a figyelem a progestogen komponens megváltoztatására. A törekvés célja kevésbé ártalmas, kisebb hatásfokú és alacsonyabb dózissal készítmények előállítására, amelyek még ovulációgátló hatással rendelkeznek. Nemes János dr.

Cardiovascularis hatás és a progestogenek az oralis fogamzásgátlásban. Wynn, V. (St. Mary's Hospital Medical School, University of London, Department of Human Metabolism); Am. J. Obstet. Gynecol. 1982, 142, 718.

Az utolsó 20 évben megnövekedett a tudásunk a thrombosisok, a cardiovascularis megbetegedések terén. Így a myocardialis infarktusokról és a perifériás érbetegségekről. Több rizikófaktorot ismerünk meg, amelyek részben a korral függenek össze, de számos egyéb tényezőt is. Így a menopauzát, hypertóniát, nikotin- és alkohol-abúzust, rendellenes serumlipideket, diabest és ritka anyagcsere-megbetegedéseket. Kevésbé tisztázott, de elfogadott faktorok a magas állati zsírtartalmú ételek, a kóros glukóz-tolerancia, az elhízás, a fizikai téletlenség. A hosszú sorhoz hozzá kell csatolni az oralis fogamzásgátlókat is. (Kb. 170 esetet tart számon az irodalom a fatális kimenetelű cardiovascularis események között.) Kimutatták az összefüggést a myocardialis infarktus és thromboemboliák keletkezésében, de a hatás még közel sem tisztázott. Az erek elzáródását okozhatják thrombusok, de atheromás felrakódások is. A kutatók egy része főleg a véralvadási faktorok változásában látja az okot, mások viszont az atheromás plaque-ok keletkezését teszik elsősorban felelőssé, amely aztán thrombosishoz vezet. Itt még hiányosak ismereteink a biztos patológiai folyamatot illetően. Az oestrogenek fokozzák a véralvadási faktorok hatását, amely egyik tényezője a thromboemboliás megbetegedéseknek. Az utóbbi években realizálódott, hogy a HDL csökkenése, amely protektív hatású az atheromatosis ellen, szemben a progestogenek hatására következik be. Ez a káros mellékhatás az androgen hatású (gonan levonorgestrel) és kevésbé az oestrogen tulajdonságú progestogeneknek tulajdonítható (noretidrone). A szimpozium keretében a szerzők elsősorban a progestogenek metabolikus hatását ismertetik a cardiovascularis megbetegedések szempontjából.

Nemes János dr.

A progesztogének biológiai hatása és kémiai szerkezete közötti viszony. Rozenbaum, H. (Centre d'Etude et de Traitement de la Ménopause à l'Hôpital Antoine Béchère, Paris): *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1982, 142, 719.

A progesztogéneket általában 3 tulajdonság alapján osztályozzuk: 1. kémiai szerkezet, 2. biológiai tulajdonságok, 3. a hormonális receptorokhoz való kötődés alapján. Ez a 3 tulajdonság azonban nem követi szigorúan párhuzamosan egymást. Így pl. a legtöbb 19 norsteroid androgen tulajdonságú, de néhány hydroxiprogesteron csoportba tartozó vegyület is androgen tulajdonságú. Néhány progesztogénnek, amely erős biológiai hatással rendelkezik, csekély a hormonális receptoritása. A szerző felteszi a kérdést, hogy egyáltalában lehetséges-e a kémiai struktúra alapján a biológiai tulajdonságokra következtetni. Arra a következtetésre jut, hogy nagyon nehéz erre a kérdésre határozott feleletet adni. Egyesek viszont azt állítják, hogy az androgen hatás felelős a kóros metabolikus hatásokról (májkárosítás, hypertonia, lipidok, szénhidrát-anyagcserére, általános anyagcserére történő hatás stb.). Néhány évvel ezelőtt azt gondolta néhány kutató, hogy a progesztogének ovulatiógátló hatása részben a vegyület in vivo oestrogénre történő átalakulásával kapcsolatos, vagy tisztán a hypothalamo-hypophyseális rendszerre történő direkt androgen hatás. Ma már tudjuk, hogy mind a 19 norsteroidok, mind a 17 alfa hydroxiprogesteronok és származékai gátolják az L. H. hormonok választását az LHR hormonokra. Mászóval néhány progesztogénnek nincs szüksége sem androgen, sem oestrogen aktivitásra. A steroid molekula csekély módosítása igen jelentős metabolikus módosuláshoz vezet. Pl. kémiai szempontból nagyon csekély különbség van a norethinodrel — amely oestrogen tulajdonságú — és a norethidrone között amely androgen tulajdonságú, valamint a lynestrenol között, amely erős progesztogén és ovulatiógátló hatású, de androgen tulajdonságú. Ugyanakkor az allvestrenol, amely lényegileg hasonló kémiai szerkezetű, sem androgen tulajdonsággal, sem ovulatiógátló hatással nem rendelkezik. Lényegében tehát minden progesztogén készítményt külön-külön kell vizsgálni kémiai, hormon receptoritási és állatkísérletes biológiai szempontból és végül, de nem utoljára a klinikai gyakorlat szempontjából.

Nemes János dr.

Az orális fogamzásgátlók hatása a lipoproteinek, a triglyceridek és a koleszterinre: az oestrogen és progesteron hatás közötti viszony. Knopp, R. H. és mtsai (Northwest Lipid Research Clinic University

of Washington): *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1982, 142, 725.

Az oestrogen/progesteron quotiens hatását vizsgálták a triglyceridek, a koleszterin koncentráció és az egész plazma mennyiségre vonatkozóan, valamint a lipoprotein frakciók változását Washingtonban a Pacific Northwest Telefonsárság antikoncipienst szedő dolgozóinál. Az egész plazma triglycerid koncentrációja növekedett az oestrogen dózis növelésével. A VLDL koleszterin/triglycerid quotiens magasabb volt a fogamzásgátlót használók között. A fogamzásgátlók emelkedést eredményeztek az LDL-koncentrációban. A HDL-koncentráció csökkent az erős hatású magas dózisu progesteront tartalmazó fogamzásgátlók esetében. Az oestrogen-tartalom lényegesen nem változtatta meg a HDL koncentrációt. Ugyanigy hatottak a sequentials készítmények is. A VLDL koleszterin frakció növekedése fokozza az atheromatosis veszélyét. A legfontosabb következtetésük, hogy a fogamzásgátlók hatása a lipoproteidekre az oestrogenek és a progesztogének hatásereőségével változik. Fontos a nortestosteron származék androgen és antioestrogen hatása.

Nemes János dr.

A szénhidrát-anyagcsere oestrogen, progesztogén és alacsony dózisu orális antikoncipienstekkel történő kezelés alatt. Spellacy, W. N. (Department of Obstet. and Gynecol. of the University of Illinois at the Medical Center Chicago A. Lincoln School of Medicine): *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1982, 142, 732.

A kombinált fogamzásgátlók a szénhidrát-anyagcsere fordított hatást gyakorolnak, amely a glycose és insulinszint emelkedéssel jár. A steroid komponensek szeparált vizsgálata azt mutatta, hogy az oestrogen komponens felelős a hatásért. A 19 norprogesztogének okozták a szénhidrát-anyagcsere-változásokat. A hatás az insulin receptorokon keresztül történik. Emelkedik a vércukorérték és az insulinválasztás, ugyanakkor insulin resistencia alakul ki. A norgestrel, az aethino-dioldiacetát, okozza a jelentősebb elváltozásokat, míg a norethisteron kevésbé vált ki ilyen anyagcserehatást. A norgestrel mutatkozik a legerősebb károsító hatásúnak. A 0,05 mg-nál kevesebb oestrogént tartalmazó orális fogamzásgátlók kisebb anyagcsere hatást okoznak, szemben a magasabb oestrogen-tartalmú készítményekkel. A fenti advers hatás főleg a latens szénhidrát-anyagcserezavarok eseteiben nyilvánul meg (familiaris anamnézis, elhízás stb.), ezért ezeket az eseteket lehetőleg ki kell szűni az O. C.-k rendelésénél. Az alacsony oestrogen adagok mellett a nor-

aethinodrel látszik legkevésbé ártalmasnak a szénhidrát-anyagcsereére.

Nemes János dr.

A progesztogének metabolikus hatásai. Kalkhoff, R. K. (Endocrine Metabolic Service, Milwaukee County Medical Complex): *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1982, 142, 735.

A progesztogének igen jelentős hatást fejtenek ki a szénhidrát-, a zsír- és fehérjeanyagcserére. Ezek a steroidok hyperinsulinaemiát okoznak a bétasejtekre történő direkt hatás útján, ugyanakkor glykogen mobilizációt a májban. Paradox módon antagonizálják az insulin hatását a glukóz anyagcserére. A progesteron fokozza a zsír depozícióját és katabolikus hatása van a fehérjeanyagcserére. A máj útján elősegíti a ketontestek képződését. Ha ezeket a hatásokat együtt nézzük, úgy az majdnem megegyezik a terhesség alatt végbemenő fiziológias anyagcsere-változásokkal.

Nemes János dr.

Alacsony dózisu orális antikoncipienstek tartós adásának hatása a szénhidrát-anyagcserére. Wynn, V. (Alexander Simpson Laboratory for Metabolic Research, St. Mary's Hospital Medical School, University of London): *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1982, 142, 739.

200 egészséges, önként vállalkozó kombinált orális antikoncipienst szedő nőnél végezte a szerző évenként, 3 évig terjedő, glukóz- és insulinintolerancia vizsgálatait. Bár a lemorzsolódás jelentős volt, mégis úgy találta, hogy a glukóz tolerancia fokozatosan romlott. Az insulin szekréció kezdetben emelkedett, de később állandó maradt. Az insulin-szint alacsonyabb volt, mint az emelkedett glukóztértekhez mérten várható lett volna. A 0,03 mg oestrogen és 0,15 mg levonorgestrel kombinációt már jelentős insulin resistenciát okozott, amelyre a pancreas további insulin secretióval válaszolt. Csökkent glykogen toleranciát és insulin rezisztenciát okozott, amelyre a pancreas további insulin secretióval válaszolt. Csökkent glykogen toleranciát és insulin rezisztenciát okozhatnak még az O. C.-ken kívül a glycocorticoidek, a diuretikumok, egész sor hypotensív gyógyszer, így a diazoxidok, bétadrenerg blokkolók stb. A szerző úgy találta, hogy a fenti O. C. kombinációt szedők 2 év után kóros szénhidrát-anyagcsere elváltozásokat mutattak. Mivel a levonorgestrel bizonyul a legerősebb szénhidrát-anyagcsere hatásúnak, ezért ennek adagját 0,15 mg felett nem ajánlja a kombinált készítményekben. Angliában jól bevált készítménynek bizonyult a 0,03 mg aethinodrel és 1 mg norethinodrel tartalmazó kombinált készítmény.

Nemes János dr.

A kontraceptív szteroidok, a kor és a cardiovascularis rendszer összefüggése. Plunkett, E. R. (Department of Obstet. and Gynecol. of the University of Western Ontario): Am. J. Obstet. Gynecol. 1982, 142, 747.

Bebizonyosodott, hogy azoknak a nőknek, akik 35 éves koron túl is szedték az O. C.-t, sokkal nagyobb esélyük van cardiovascularis megbetegedésekre. Eddig elfogadott nézet volt, hogy ezeket az ártalmakat az oestrogen komponens okozza. Ugyanakkor azoknál a nőknél, akik a postmenopausában tisztá oestrogen komponens tartalmú készítményt szedtek, nem találtak fokozott kockázatot hasonló korú kontroll csoporttal szemben, akik semmiféle gyógyszeres kezelésben nem részesültek. Újabb klinikai adatok bizonyítják, hogy a progestogének dózisától és hatáserősségétől függetlenül csökkenés mutatkozik a HDL koleszterin szintben. Az is bebizonyosodott, hogy a HDL bizonyos védelmet jelent az atheromás plaqueok kifejlődése ellen. Így tehát közvetve a progestogének dózisa és hatáserőssége befolyással van a keringési szervek megbetegedésére. A fenti tényből adódóan a legkisebb még hatásos dózist kell keresni úgy az oestrogenekből, mint a progestogenekből, de a kombinált készítmény a ciklust ne zavarja. Bár különbség mutatkozik a természetes és a szintetikus, valamint felszintetikus oestrogenek mellékhatása között, ezek a különbségek nem döntőek a biológiai hatás szempontjából, legalábbis nem az aetinioestradiol esetében.

Nemes János dr.

A progestogének szerepe a cardiovascularis megbetegedésekben, hivatkozással a morbiditási statisztikákra. Mann, J. I. (Department of Community Medicine and General Practice, University of Oxford): Am. J. Obstet. Gynecol. 1982, 142, 752.

A korábbi közlemények, amelyek az orális fogamzásgátlók cardiovascularis kockázatával foglalkoztak, az oestrogenek szerepét hangsúlyozták. Napjainkban a legtöbb O. C. 0,05 mg-nál kevesebb oestrogént tartalmaz. További tény, hogy az ún. rizikófaktorok esetében az előírásnak nem megfelelően már nem adnak O. C.-t. Bebizonyosodott, hogy fatális kimenetelű myocardialis infarctusok esetében nem volt magasabb azoknak a betegeknek a száma, akik 0,05 mg oestrogént tartalmazó O. C.-t szedtek, az alacsony oestrogen-készítményt szedőkkel szemben. Ez a tény magyarázható a kis számú beteganyaggal is, amely nem enged meg végleges következtetést, másrészt rávilágít a progestogének hatására. Amióta az alacsony dózisú oestrogeneket levonorgestrellel

kombinálják, fennáll a lehetősége, hogy az oestrogenek hatását elfedi a progeszteron-hatás. A levonorgestrel több idevágó tanulmány szerint emeli a vérnyomást. Meade és mtsai azt találták, hogy azok az asszonyok, akik myocardialis infarctussal szerepeltek a Committee of Safety of Medicine anyagában, olyan O. C.-t használtak, amelyek nagyobb progeszteron-anyagot tartalmaztak, mint amit az Egyesült Királyságban előírnak, illetőleg ajánlatosnak tartanak. További tanulmányoknak kell tisztázni az oestrogenek és progeszteronok szerepét a kombinált O. C.-kben.

Nemes János dr.

Az orális fogamzásgátlók, véralvadási tényezők és thrombosis. Meade T. W. (MRC Epidemiology and Medical Care Unit, Northwick Park Hospital, Harrow, Middlesex, England): Am. J. Obst. Gynecol. 1982, 142, 758.

Az O. C.-k emelik a plazma néhány alvadási faktorának szintjét, különösen a VII. faktort. Napjainkig nincs bizonyíték, hogy az alvadási faktorok magas szintje és a klinikailag manifeszt érbántalmak között szoros összefüggés lenne. Nincs abszolút bizonyítékunk, hogy a VII. és VIII. faktor és a fibrinogén magas szintje szorosan kapcsolódna a cardiovascularis betegségek következtében történő halálozás megnövekedéséhez. Szoros összefüggés van viszont az O. C.-nek oestrogen tartalmával és a VII. faktor szintjével, amely egész sor más jellegzetességgel is rendelkezik, és minden azt sugallja, hogy ennek a magas szintje fibrinogén vonatkózású. Úgy látszik tehát, hogy mégis van némi összefüggés az O. C. oestrogen tartalma és thromboembolia kockázata között, hogy az alvadási faktorok magas szintje oki összefüggésben van az ischaemiás szívbetegségekkel. A lipid faktorok változása, a vérnyomás emelkedése, a VII. faktor és más alvadási faktorok emelkedése együttesen, melyet az O. C.-k váltanak ki, részei azon mechanizmusoknak, amelyek a megszaporodó thromboemboliás betegségekért felelősek a fogamzásgátlót szedők esetében.

Nemes János dr.

A progestogének és az arteriális betegségek. [Az általános gyakorlatot folytató orvosok királyi kollégiumának adatai alapján készült tanulmányt (R. C. G. P.)] Kay, C. R. (Manchester, England): Am. J. Obstet. Gynecol. 1982, 142, 762.

Az R. C. G. P. 1980 általános gyakorlatot folytató orvos részvételével 2300 O. C.-t szedő nőnél 14 hónapon át végzett vizsgálatokat az arteriális megbetegedéseket illetően. Az arteriális megbetegedéseket a betegségek nemzetközi kódja szerint

osztályozták (ICD). Ide sorolták az ischaemiás szívbetegségeket (ICD 410–414) a cerebrovascularis megbetegedéseket (ICD 430–438) és perifériás érbetegségeket (ICD 440–448). A 0,050 mg aetinioestradiol állandó adagja mellett 1, 3, 5 mg noraethisteron acetát, valamint 0,030 mg aetinioestradiol mellett 0,15 és 0,25 mg levonorgestrel kombinációját próbálták ki. Az arteriális betegségek száma párhuzamosan nőtt az N. E. A. adagjaival, ugyanakkor a H. D. L. koleszterin koncentráció párhuzamosan csökkent az N. E. A. adagjainak emelkedésével. A levonorgestrel kombinációban ugyanezt találták, vagyis a progeszteron dózisémelkedésével emelkedett az arteriális megbetegedések száma és csökkent a H. D. L. szint. A kísérleti praeparátumokat mindig ugyanazon gyár készítette. A serum H. D. L. csökkenés negatív hatása az arteriális megbetegedésekkel kapcsolatban elfogadott. Az is elfogadott, hogy az oestrogen emeli a H. D. L. szintet, míg a progeszteron komponens csökkenti azt. Az R. C. G. P. jelen kísérlete megerősíti ezt a tényt. Bár a jelen közlemény adatai még további megerősítésre szorulnak, az már világos, hogy különösen nagy figyelmet kell fordítani a kombinált O. C.-ek progeszteron komponensére. Ki kell fejleszteni egy olyan progestogént, amely alacsonyabb effektív hatású és alacsonyabb dózisban is hatásos ovulatio-gátlónak bizonyul.

Nemes János dr.

A kombinált O. C.-ben levő progestogének hatása a serumlipidekre, különös tekintettel a HDL lipoproteinekre. Wynn, W., Niththyananthan, R. (Alexander Simpson Laboratory for Metabolic Research of St. Mary's Hospital Medical School, University of London): Am. J. Obstet. Gynecol. 1982, 142, 766.

293 O. C.-t kérő nőnél határozták meg a serum lipideket és azt hasonlították össze 536 5 fajta O. C.-t szedő betegcsoporttal. Az 5 fajta a következő volt: 1. Gonane Eugynon 50 (30 mcg EO, 250 mcg NG), 2. Gonane Ovarnette (30 mcg EO, 150 mcg d-NG), Microgynon, 3. Estrane Micronor (35 mcg NE), Gonane Neogest (35 mcg d-NG), 4. Estrane Norinyl-1 (50 mcg ME, 1 mg NE), Orthonovin 1:50 (50 mcg ME 1 mg NE), Minovlar (50 mcg EO 1 mg NEA), 5. Eastrane Loestrin (20 mcg EO 1 mg NEA).

A következő paramétereket vizsgálták: serum koleszterin, triglycerid, HDL₂ és HDL₃ és a HDL₂ arányát a koleszterinben az LDL koleszterinhez viszonyítva. Az öt csoport beteganyaga lehetővé tette, hogy összehasonlítsák a levonorgestrel különböző adagjainak hatását a noretinodrel hatásával és hogy tanulmányozzák az oestrogenek hatását a progestogénekkel kombi-

nálva. A levonorgestrelt tartalmazó és a csak progesteront tartalmazó készítmények csökkentették a HDL₂-szintet és a HDL₂ arányát az LDL-hez. A coronaria bántalmak relatíve alacsony száma jól ismert a praemenopausában levő nőknél, összehasonlítva a hasonló korú férfiakkal. Ugyanakkor az is ismert, hogy menopausa után megszűnik ez a különbség a férfiak és nők között. A fenti hatást az oestrogeneknek tulajdonítják. Ugyanezt a hatást nem látják, ha szívbeteg férfiakat kezelnek oestrogenekkel, sőt ha prostata cc.-nél nagy dózisban adják a szintetikus oestrogeneket, megnövekszik a coronaria thrombosisból származó mortalitás. Ha az oestrogeneket praemenopausában és menopausában adjuk a nőknek, nem látunk ilyen kitűnő hatást. A myocardialis infarktuszok és thromboemboliás esetek száma megnövekedett a kombinált O. C. használatánál. Így tehát a fő szerepet a fenti folyamatokban a progestogének játsszák, de a kombinált készítmények is hasonló hatással járnak. A vizsgálatok bebizonyították, hogy ebben az advers cardiovascularis hatásban a HDL csökkenése a meghatározó tényező. Néhány éve tudjuk, hogy a férfiaknál a HDL₂-szint alacsonyabb, mint a praemenopausában levő nőknél és, hogy az androgenek adása nőknél is csökkenti a HDL₂-szintet. A progestogén steroidok androgen receptorokkal ugyanilyen hatást gyakorolnak, míg a progesteron egyedül és azok a progestogének, amelyek 17-hydroxyprogesteronból származnak (pregnan), mint a Chlormadione, vagy a Megastrol, alig bírnak ilyen hatással (alacsony androgen hatás). Nem meglepő tehát, hogy a kísérletben a gonane-norgestrel csökkentette a legjobban a LDL-szintet, ha 30 mcg etinilöestradiollal kombinálták. Másrészt az estrane-norethinodren acetát, amely gyenge androgen hatású, nem csökkentette a HDL₁ és HDL₂-t, ha azt 20 mcg aetinilöestradiollal kombinálták. Arra a következtetésre jutottak tehát, ha a HDL₁- és HDL₂-szint csökkenést akarjuk elkerülni, akkor az estrane-norethinodren kell rendelni és nem a gonane-norgestrelt. Feltehető a kísérletek alapján, hogy a 30 és 50 mcg oestrogen és 1 mg norethinodren tartalmú készítmény hatásos O. C. lesz a legtöbb nő számára. Ez a kombináció nem csökkenti a HDL-szintet, de csekély mértékben emeli a serum triglycerideket és a VLDL-szintet.

A szerzők azzal zárják értekezését, hogy még további készítmények kipróbálására és vizsgálatokra van szükség a kérdés megnyugtató lezárására.

Nemes János dr.

Az oestrogenek és progestogének hatása a lipid-anyagcserére. Oster, P. és mtsai (University of Bern, Switzerland and the University of

Heidelberg, West Germany): Am. J. Obstet. Gynecol. 1982, 142, 773.

Mivel az O. C. szedőknél jelentősen szaporodtak a vénás thrombosisok, szívbetegségek, az agyi erek thrombosisa, ezért világszerte széles körben történek vizsgálatok a kombinált praeparátumoknak az anyagcserére kifejtett hatásáról. A szerzők az O. C.-nek a zsírsanyagcserére kifejtett hatását vizsgálták. Kombinált készítmények szedésekor megnövekedett a plazma teljes triglycerid- és emelkedett a cholesterol-szintje, ugyanakkor a HDL-szint mindig csökkent. Igen jellemző az apolipoprotein B folyamatos emelkedése a plazmában az idő- és a progesteron komponens hatásának függvényében. Az exogen oestrogenek növelik a triglycerid és a HDL cholesterol-szintet, csökkentik az LDL-t. A triglyceridek néha pancreatitist okoznak, erre hajlamos betegeknek. Az exogen progestogének csökkentik a HDL és növelik a LDL cholesterol értékeit. Hasonlóan az androgenekhez néhány progesteron csökkenti a plazma triglycerid szintjét. Összegezve megállapíthatjuk, hogy a progestogének hatása a lipid-anyagcserében függ a készítmény androgen, antioestrogen és oestrogen receptoritásától és néhány progestogén, így a medroxiprogesteron, kisebb hatással van a HDL-szintre, mint az erősebb hatású progestogének. Hasonló hatást figyeltek meg a vérnyomás emelkedés terén is. A szerzők álláspontja, hogy alacsony oestrogen-tartalom mellett az O. C. mellékhatása teljesen a progestogén komponens függvénye. A postmenopausában jónak látják az oestrogen terápiát, amelyet a ciklus 10. napján kevés progesteron készítménnyel egészítenek ki.

Nemes János dr.

A progestogének hatása a cardiovascularis rendszerre. Meade, T. W. (MRC Epidemiology and Medical Care Unit, Northwick Park Hospital, Harrow Middlesex, England): Am. J. Obstet. Gynecol. 1982, 142, 776.

A szerző és munkatársai vizsgálataik során azt találták, hogy a 0,030 és a 0,050 mg oestrogént tartalmazó O. C. egyaránt vérnyomás-emelkedést eredményeztek, ami levonorgestrel rovására volt írható, mivel az oestrogen komponens egymagában alkalmazva nem vezetett hasonló eredményre. A N. E. A. komponens tartalmazó praeparátumok hasonló hatást eredményeztek. További vizsgálataik során a szerzők tanulmányozták a progestogének hatását az arteriális és a vénás thrombosisokra. 2044 O. C.-t szedő vizsgáltak az eredmények kiértékelése céljából. Az arteriális megbetegedésekhez sorolták a vérnyomás-emelkedést, az I. H. D.-t, valamint a szívrohamokkal járó I. H. D.-t, az elhízást és a migráint. A vénás

események közé sorolták a felületes és a mélyvénás thrombosisokat és a tüdőembóliát. A NEA esetében a 1–3–5 mg-os adatoktól függően állandó oestrogen dosis mellett páralel emelkedett az arteriális megbetegedések száma, ugyanakkor a vénás megbetegedések nem követték ezt a párhuzamos emelkedést. A 0,15 és 0,25 mg-os levonorgestrol esetében az arteriális megbetegedések emelkedése hasonló volt a NEA sorozatban talált értékekhez. A szerzők az arteriális megbetegedések megelőzése céljából az O. C.-t szedőknél mind az oestrogen, mind a progesteron dózis csökkentését ajánlják a kombinált készítményekben.

Nemes János dr.

Az orális fogamzásgátlás és a véralvadás. (Kritikai szemle.) Mammen, E. F. (Departments of Physiology and Pathology, Wayne State University School of Medicine, Detroit, Michigan): Am. J. Obstet. Gynecol. 1982, 142, 781.

A morbiditási statisztikák szerint az O. C.-t szedő nők fokozott thromboembolia veszélynek vannak kitéve. Az adott téma tanulmányozása során sok közlemény utal az alvadási rendszerben talált rendellenességekre. Sok ellentétes nézet látott napvilágot, amelynek oka részben a technikai nehézségekben, a vizsgálati módszerekben, azoknak értékelésében és gyakorlati alkalmazásában mutatkozott. Három fontos tényező és a keringés vesz részt a haemostasisban: az alvadási faktorok, az érfa és a thrombocyták. Az O. C.-k hatására bármelyik tényező károsodása szóba jöhet. Éppen ezért ezeket a tényezőket külön-külön kell elemezni és értékelni. Nézzük először az alvadási tényezők szerepét. Legfontosabb momentum, hogy a fibrinogénből fibrin keletkezik a thrombin hatására. Ez utóbbi pedig a prothrombinból származik. Több tényező szükséges a thrombin képzéshez, amelyek a phospholipidekkel és a Ca-ionokkal együtt hatnak. Ezt a folyamatot több tényező gátolja, amelyek közül legfontosabb az antithrombin III. Ha a folyamatot tovább elemezzük, úgy több kongenitális hiány-tényezőt kell figyelembe venni, akár az alvadási segítő, akár a gátló faktorok között, amelyek vagy thrombosis készsége, vagy vérzékenységi készsége okozhatnak. Ha ilyen betegek kerülnek értékelésre az O. C.-k szempontjából, úgy nyilvánvalóan hamis értékeket kapunk. Alvadási faktornak tekintjük a II., VII., IX., X., XI., XII. faktort. Ezek hatásait segítik az I., V. és VIII. cofaktorok. Mindezen faktorok szintjét az oestrogen komponens emeli, amely ugyanakkor az antithrombin III. szintet csökkenti. Hasonló a helyzet a fibrinolytikus rendszerben a plasminogén plasminná alakul a XII/a. faktor vagy a

szöveti tényezők hatására. Ezt el-
lensúlyozza az antiplasmin. A plas-
min feloldja a fibrinogént és a fib-
rint. Itt is, hasonlóan mint az al-
vadási tényezőknél, veleszületett
hiányosságokkal vagy kórosan fel-
szaporodott értékekkel kell számol-
ni, amelyekről függően vérékeny-
séggel vagy thrombosis-készséggel
állunk szemben. Az O. C.-k hatá-
sának értékelésénél tehát ezt is fi-
gyelembe kell venni.

A szerzők tanulmányozták a fib-
rinogennek fibrinné történő alakulá-
sát a thrombosis esetében O. C.
szedés mellett. 125 I jelzett fibrino-
gént vizsgáltak és úgy találták,
hogy az O. C. szedés előtt a 6,4%-os
fibrinogénértékek néhány hónapos
szedés után 27%-ra emelkedtek. A
legújabb, az 1982. évi orvosi Nobel-
díjjal kitüntetett kutatások érte-
lmében (Bergström és mtsai, Vane
és mtsai) azonban legfontosabb az
érfal és a thrombocyták szerepe.
A fenti kutatások értelmében szo-
ros összefüggés van a TXA₂ és a
prostacyclin antagonizmus hatása
között. A thrombocyták membrán-
jából TXA₂ képződik az arachnoi-
din-savból a TXA₂ synthetase ha-
tására, amely erős thrombocytá
aggregáló és vasoconstrictio hatá-
sal rendelkezik. Az érfalak intimá-
jában pedig prostacyclin képző-
dik a prostacyclin synthetase hatá-
sára, amely erős thrombocytá anti-
aggregatorikus és erős értágító ha-
tású. Ez a két tényező szabályozza
a thrombocyták aggregációját. Az
intima sérülés fennállhat már az
O. C.-k szedés előtt (vírushatás,
autoimmun betegségek stb.), de ki-
válthatják az O. C.-k is a lipid frak-
ciók kóros eltolódása útján. Az O.
C.-k az LDL és a VLDL megszaporo-
dása, valamint a HDL csökkenté-
se útján gátolják a PGI₂ szintézi-
sét, így túlsúlyba jut a TXA₂ kép-
ződés minden kóros következmé-
nyével. Bár ezek a kutatások di-
rekt nem bizonyítják, hogy az O.
C.-k thrombosis okoznak, de azt
igen, hogy a pirulaszedőknél a
thrombosis-veszély hatszor na-
gyobb, mint a nem szedőknél. A
morbidity statisztikák is ezt tá-
masztják alá (lásd az R. C. G. P.
adatait).

Nemes János dr.

gyakorolnak a cerebrovascularis és
cardiovascularis rendszerre. Ezen
káros mellékhatások miatt mind az
O. C.-kben levő, mind a terápiás
progestogen adagokat minimálisra
kellett csökkenteni. A szerzők post-
menopausában levő nőknél, akik
naponta 0,625 praemarin és 2,5
vagy 5 mg norethinodrelt és 150
mcg vagy 500 mcg d. l. norgestrelt
kaptak 10 napon át, minden hónap-
ban, rendszeresen szövettani vizs-
gálatot végeztek az endometrium-
ból. A szövettani vizsgálatokat iso-
citric és oestradiol dehydrogenase
enzim vizsgálatokkal egészítették
ki. Ez utóbbi enzim a legaktívabb
oestradiolt oestronná alakítja és
így antioestrogen hatású. A szövet-
tani anyagot egyrészt a tisztán
oestrogen terapia miatt, másrészt
a kombinált kezelés 6. napján vet-
ték. A progestogen hatás jellegze-
tes morfológiai és biokémiai el-
változásokat okozott, melyek hason-
lítottak praemenopausában történő
sárgatest-hatáshoz. Így a progesto-
genek gátolják a praemarin proli-
ferációs hatását, amely a DNS szin-
tézis gátlása révén megy végbe. Kís-
érleteikből kitűnt, hogy az ajánlott
norethinodrel és d. l. norgestrel
adagok jelentősen felülmúlják azo-
kat a dózisokat, amelyek még ké-
pesek elnyomni az endometrium
proliferációját. A progestogenek
csökkentik a saját receptoraik kép-
ződését és nagy adagokkal olyan
excessiv csökkenést lehet elérni,
amely a biológiai hatás elvesztésé-
hez vezet. Az androgen hatású pro-
gestogenek is csökkentik a kerin-
gésben levő nemi hormon kötő
globulinokat és így oestrogen-hatás
csökkentést eredményeznek. Kísér-
leteik során a szerzők 0,628 g napi
praemarin proliferációs hatását
már 2,5 mg norethinodrel és 0,150 g
d. l. norgestrellel egyensúlyban tud-
ták tartani. Az ajánlott progesto-
gen dózisokat tehát olyan minimá-
lis szintre lehet csökkenteni, ame-
lyek még protektív hatással rendel-
keznek. Ez a minimálisra csökken-
tett effektív progestogen mennyiség
a káros mellékhatások kivédése
szempontjából különösen fontos.

Nemes János dr.

esetben rövid ideig tartó nagy dó-
zisú progesteront kapott a beteg
inj. formájában, mamma-cc. kiegészítő
terápiájaként. A betegek en-
dometriumát az alábbi paraméte-
rek szempontjából vizsgálták: a mi-
rigysejtek mitosisa, a mirigyek
kanyargóssága, pseudostratifikáció-
ja, a basális vakuolizáció, a secre-
tio jelei, stroma oedema, praedeci-
duális reakció és leukocytá infil-
ráció. A morfológiai vizsgálato-
kat részben fénymikroszkóppal,
részben scanning elektronmikrosz-
kóppal végezték. Összefoglalva
megállapították: az endometrium
mennyisége arányosan csökkent a
kezelés idejével (2–38 hónap). Rö-
vid ideig alkalmazott nagy dózis
esetében jelentős stroma oedema
volt megfigyelhető. Nincs olyan jel-
legzetes kép, amely csak egy készí-
tményre jellemző. 6 hónappal hos-
szabb gyógyszeresedés után a vé-
nák tágultak, a spirális artériák
keskenyek és vékonyak. A mi-
rigyek számbeliileg megfogynak,
hám bélésük atrophias, bizonyos
esetek kivételével. Az atrophias mi-
rigyek kivezető csöve lezárt. Né-
hány hónapos kezelés után a bazá-
lis vakuolizáció eltűnik. A secreto
jelei 2 hónapos kezelés után nem
láthatók. Körülírt stroma oedema
gyakran látható a felszín közelé-
ben. Gócos pseudodeciduális stro-
maátalakulás is megfigyelhető. Ke-
reksejtes stroma infiltráció inkább
a kezelés elején és középen látható.
Ha a stroma kötőszövetes elfajulást
mutat, a vénák enormisan tágultak.
Néha atypusos stroma sejtek is lát-
hatók, amit hibásan displasiának
vagy pseudodeciduális elváltozás-
nak kórisméznek. A scanning elekt-
ronmikroszkóp vizsgálatok alapján
a ciliogenesiss mindig károsodás
következménye. A rövid ideig tartó
nagy dózisú progesteron egészen
különböző endometrium elváltozást
okoz, mint a hosszan tartó alacsony
dózisú O. C.-k adagolása. 2 hóna-
pos O. C. szedés után az endomet-
rium alkalmatlanná válik a pete
beágyazódására. Ez az állapot fen-
marad egészen a progestogenek
adagolásáig. A kezelés elhagyása
utáni regenerációt tanulmányuk-
ban már nem közlik a szerzők.

Nemes János dr.

**Az emberi endometrium morfo-
logiai válasza a hosszan tartó pro-
gestogen kezelésre.** Ludwig, H. (De-
partment of Obstet. and Gynaecology
University of Essen): Am. J. Obstet.
Gynecol. 1982, 142, 796.

A progestogen hatását az endo-
metriumra részben az endogen oes-
trogenek által kifejtett hatás gátlá-
sával, részben a kombinált contra-
ceptív készítményekben levő oes-
trogen komponens által kifejtett ha-
tás gátlásával tudjuk lemérni. Ezért
nehéz ez endometriumra kifejtett
tisztá progestogen hatást identifi-
kálni. 12 nő endometriumát vizs-
gálták, akik közül 11 esetben ala-
acsony dózisú progesteron-tartalmú
O. C.-t szedtek a betegek, a 12.

**Az oralis antikonceptívok egyéb
nőgyógyászati megbetegedésekre
gyakorolt nem fogamzásgátló, ked-
vező hatása.** Mishell, D. R. (Depart-
ment of Obstetrics and Gynecology,
University of Southern California):
Am. J. Obstet. Gynecol. 1982, 142,
809.

A szerző prospektív és retrospek-
tív megbetegedési statisztikák segit-
ségével elemzi az O. C.-k fogam-
zásgátló hatásán kívül kifejtett
kedvező hatásait több nőgyógyászati
megbetegedésre. Kevesebb a menst-
ruációs vérzés, amely a vashiányos
anaemiák gyakoriságát 50%-kal
csökkenti. Az R. C. G. P. adatai sze-

rint 23 611 O. C. szedőnél csaknem 50%-kal csökkent ez a megbetegedés, a 22 766 tagú kontroll csoporttal szemben. Ugyancsak jelentősen csökkent a menometrorrhagiák, rendetlen vérzések és a menses közti vérzések száma. Ugyancsak az R. C. G. P. adatai szerint az O. C. szedőknél jelentősen kisebb számban kellett abrásiót végezni rendetlen vérzések miatt. Mivel a progestogenek csökkentik az oestrogenek proliferatív hatását, így csökken az endometrium hyperplasiák száma is. A postmenopausában alkalmazott oestrogenek pozitív receptoritása esetében igen veszélyesek lehetnek endometrium cc. szempontjából. Ugyanakkor a progestogenek lekötik a szabad receptorokat és így megakadályozhatják az endometrium cc. kifejlődését. Így a progestogenek antioestrogen hatást fejtenek ki az oestrogen receptorok szintézisének gátlásával. A Boston University Epidemiologic Survey adatai szerint az O. C.-t szedőknél az endometrium cc.-k száma 50%-kal csökkent.

Ugyanez a hatás érvényesül az emlőmirigyek esetében. Az R. C. G. P. adatai szerint az O. C.-k a fibroma kivételével minden jóindulatú mastopathia chr. cystica számát csökkentették. Ez a csökkenés különösen 2 éves használat után jelentkezett. Adataik szerint az O. C. szedés elhagyása után a védőhatás még 1 évig is eltartott. Nagyobb progestogen adagok esetében nagyobb volt a protektív hatás a mastopathia chr. cysticával szemben.

Mivel az O. C.-k gátolják az ovulációt, a funkcionális ovariális cysták alig fordulnak elő és a dismenorrhoeák, valamint a premenstruális tensiók száma is jelentősen csökkent. Az R. C. G. P. adatai szerint a dismenorrhoeák száma 63%-kal, a praemenstruációs tensiók száma 22%-kal kevesebb az O. C. szedőknél, a nem szedőkkel szemben. A fenti adatszolgáltatás szerint a funkcionális cysták száma 64%-kal csökkent.

Az O. C.-k csökkentik az ovariális carcinomák számát, ami az ovulatio elmaradásával hozható kapcsolatba. Beral és mtsai szerint a terhességek száma fordított arányban van az ovariális cc.-k számával.

Az R. C. G. P. adatai szerint a rheumás ízületi megbetegedések veszélye 0,31-re csökkent a nem szedők 0,63-as gyakoriságával szemben, 1000 női évre vonatkoztatva. A Rochester Epidemiologic Progress Project szerint a rheumás megbetegedések száma 1950-től 1964-ig a férfiaknál és nőknél egyaránt nőtt. Ezután a nőknél csökkent, ami az O. C.-k használatával hozható szoros kapcsolatba.

Végül az R. C. G. P. szerint kedvező hatása van az O. C.-nek a P. I. D. (Pelvic inflammatory Disease) kifejlődésével kapcsolatban is. Ennek okát a vérbőség csökkenésével

és a kevesebb menstruációs vérzéssel lehet magyarázni. Végül a szerző sajnálatosnak tartja azt a tényt, hogy az O. C.-k kedvező hatásáról alig olvashatunk közleményeket, ugyanakkor a kedvezőtlen hatások széles körű publicitást nyernek.

[Ref.: A két elnöki megnyitóból és a 13 referátumból közel egyező adatokat nyerünk a szintetikus progestogenek cardiovascularis hatását illetően (a 3 utolsó referátum nem tartozik szorosan a tárgyhöz). Rák prof. (Orv. Hetil. 1982, 123, 2699.) Haemostatis és atherogenesis c. referátumában a rizikótényezők között említi a „pill” szerepét, de ezek hatásmechanizmusát ilyen irányban nem részletezi. Azt hiszem, ez a fenti referátumból kitűnik. Ez a hatásmechanizmus jól illeszthető az 1982. évi Nobel-díjasok (Bergström és mtsai, Vane és mtsai) megállapításaihoz. Lényeges az LDL és VLDL lipid-frakciók prostacyclin synthetase gátló és a TXA₂ synthetase fokozó hatása. Ugyanakkor a HDL frakció csökkenése révén kiesik ezek érfalvédő hatása. A kérdés azonban nem ilyen egyszerű. Először is maguk a szerzők majdnem minden esetben azzal zárják a referátumukat, hogy további vizsgálatok szükségesek az O. C.-k oestrogen és progestogen komponenseinek együttes és szeparált biológiai és egyéb tulajdonságainak kutatásához. Hiányolható a referátumokból, hogy a kísérleti beteganyagot nem osztályozzák az endogen hormon milieu alapján szükséges 3 típusba (1. kiegyensúlyozott, 2. oestrogen, 3. progestogen típusú). Az ma már elfogadott, hogy a hormonális típusnak megfelelő készítményt kell rendelni. Az természetes, ha a kiegyensúlyozott típusú nőknek erős progesteron hatású és nagy adagú O. C.-t adunk, gyakoribbak lesznek a szövődmények. Már sokkal súlyosabb szövődményeket okozhatunk, ha ugyanilyen típusú készítményt progestogen típusú nőknek adunk. Ezt hangsúlyozza Sas prof. is referátumában (Orv. Hetil. 1982, 123, 195.). Ugyan ebben a referátumban említi, hogy 1978-ban 68 készítményt állítottak elő 288 gyári névvel. Tovább növeli a nehézségeket, hogy amíg egy új készítményt a gyakorlat számára a gyárak előállítanak, legalább 6 évre és dollármilliókra van szükség. Mindezeket tekintetbe véve feltétlenül fel kell figyelni a szimpozion megállapításaira, hiszen azt laboratóriumi vizsgálatok és nagy gyűjtő statisztikák is alátámasztják (R. C. G. P.). Ha mindezeket figyelembe vesszük, a mérleg még mindig az O. C.-k javára billen a hátrányokkal szemben. De feltétlenül tovább kell lépniünk. Szigorú szakorvosi ellenőrzés alapján szabadon csak O. C.-t rendelni (lásd beteg típusok, készítménytípusok). Egyet kell értenünk a referátumok szerzőivel, hogy törekedni kell egy alacsonyabb indexű és kevésbé ártalmas metabolikus ha-

tású progestogen készítményre. De ez elsősorban nem hazai, hanem WHO probléma. Hazai viszonylatban szorosabbra kell vonni az O. C.-t szedők ellenőrzését és szélesíteni kellene a hazai készítmények skáláját alacsonyabb indexű progestogen készítményekkel. Azt hiszem, hogy tovább tudnánk javítani a szerencsére nem gyakori, de súlyos szövődmények számát, ha a R. C. G. P.-hez vagy az C. S. M. (Committee on Safety of Medicine)-hez hasonló szervezetet és bejelentési kötelezettséget hoznánk létre, amelyre a Cs. N. T. keretében még bőven volna kapacitás.]

Nemes János dr.

Onkológia

A műtét utáni adjuváns kemoterápiában részesült betegek immunológiai monitorozása. Strender. L. és mtsai (Radiumhemmet, Karolinska Hosp. S-104 01 Stockholm, Sweden): Cancer, 1981, 48, 1996.

Az adjuváns kemoterápia értékes kiegészítője lehet a műtétnek a viszonylag előrehaladott emlőrák kezelésében. A kezelésnek az immunrendszerre gyakorolt hatását lényegében nem ismerjük. Ebben a cikkben ismertetik a ciklikus adjuváns kemoterápia hatását azon nők immunrendszerére, akik befejezett kezelés után klinikailag betegségmentesek voltak. Vizsgálták a lymphocytá populáció és a különféle szubpopulációk nagyságát a vérben, és a specifikus és nem specifikus mitogén ingerekre adott in vitro válaszokat. Meghatározták az IgA, IgG és IgM szérumszintjeit és az antitest aktivitást herpes simplex, morbillivél és cytomegalovírussal szemben.

17 operálható emlőrákos nőt tanulmányoztak, akiknek életkora 26–70 évig terjedt (átlagosan 53 év), és akik műtét után adjuváns kemoterápiát kaptak. A betegek klinikai kísérletben vettek részt az adjuváns kemoterápia, illetőleg az adjuváns radioterápia értékének összehasonlítása érdekében. A betegek daganatátmérője nagyobb volt, mint 3 cm, vagy szövettanilag igazolt hómalji nyirokcsomó áttétjük volt. Minden beteg módosított radikális mastectomián esett át; egyiknél sem lehetett — klinikailag vagy radiológiailag — távoli áttétet találni.

A betegek a műtét utáni 4–6. héttől kezdve 600 mg/m² 5-fluorouracilt és 50 mg methotrexatot kaptak iv. minden ciklus 1. és 8. napján, és 10 mg/m² chlorambucilt szedtek naponta orálisan az 1–8. napig. A következő ciklus a 42. napon kezdődött. Az egész kezelést 17 ilyen ciklusból állt, és összesen 12 hónapig tartott. Az adagokat 65 éves életkoron felül és a haematológiai toxicitástól függően csökkentették. 2 beteg thrombocytopenia miatt az utolsó ciklusban chloram-

bucil helyett cyclophosphamidot kapott.

Vérmentákat vettek közvetlenül a műtét után, az első ciklus megkezdése előtt (I.) a II-at a 8. napon, a III-at a 22. napon, a IV-et a 42. napon. Az V–IX. vérmentákat közvetlenül a 4., 8., 10. és 12., tehát a kemoterápia utoisó ciklusa előtt nyerték.

A csövekbe levett vért alvadni engedték, centrifugálták, gyűjtötték és -80°C -on tárolták a felhasználásig. A lymphocytákat heparinózott vérből centrifugálással nyerték, ezt a sejtkészítményt használták fel a mitogen stimulációs tesztben. Meghatározták az E-rozettaképző és az EAC-rozettaképző sejteket. A magvas sejteket mitomycinnel kezelték. Lymphocytá stimulációra phytohaemagglutinin, a tuberculin tisztított fehérjeszármarazékát, és 20 egészséges donorból vett allogen lymphoid sejt készletet használtak fel. A lymphocytá stimulálási teszthez mikrotechnikát alkalmaztak. Lymphocytákat tenyészettek és a végén minden kultúrához H^3 -mal jelzett thimidint adtak. A beépült radioaktivitást mérték. A szérum immunglobulinok (IgA, IgG, IgM) koncentrációját egyszerű immundiffúzióval határozták meg. A vírus antitestek meghatározását, megfelelő előkészítés után, egy alkalikus phosphatase enzimvel kapcsolt immunsorbens assayvel végezték. Minden egyes tesztet és a statisztikai értékelés módját részletesen leírják.

Az eredmények: A kezelés előtt a keringő T és nem T lymphocyták száma az E, EAC és ME-rozettaképzéssel meghatározva csökkent. Mindamellett viszonylag legnagyobb mértékben a T lymphocyták száma csökkent. A sejtek viszonylagos phytohaemagglutinin és kevert lymphocytá kultúra válasza csökkent, bár a tisztított fehérjeszármarazék válasza nem változott. A szérum IgM koncentrációja csökkent, de az IgA és IgG koncentráció nem változott vagy enyhén emelkedett. A morbilli és herpes simplex titer nem változott, míg

a cytomegalovírral szembeni (CMV) antitest aktivitás néhány szeropozitív betegben fokozódott. Mindazonáltal ezen betegek egyikén sem fejlődtek ki a CMV-fertőzés jelei.

A jelen tanulmány azt mutatja, miszerint az emlőrák ilyen típusú adjuváns kemoterápiája, a helyi sugárkezeléshez hasonlóan, lymphopeniát indukál és in vitro mérések alapján károsít bizonyos lymphocytá funkciókat. Ezen drog-indukált immunuszuppresszió ellenére az a benyomásuk, hogy ezen betegek nem lesznek érzékenyebbek a fertőzésekkel szemben.

Póka László dr.

L-asparaginase, antithrombin III. és thrombosis. Bordigoni, P., Briquel, E., Olive, D. (Service de Medicine Infantile „A”, 29, av. De Lattre-de-Tassigny, 54037, Nancy): Arch. Fr. Pediatr. 1981, 38, 653.

1967 óta az L-asparaginaset (L. a.) főleg a heveny lymphoblastos leukémiák (h. l. l.) és a gyermekkori non-Hodgkin malignus lymphomák terápiájában alkalmazzák. A gyógyszer a véralvadás számos faktorának (fibrinogén, V., IX., X., XI. és a plasminogen) májbeli szintézisére hatással van, ezen kívül csökkenti az antithrombin III. (AT III.) szintet, amely fiziológiásan a véralvadásnak a legfőbb gátlója, anomáliája azonban csak ritkán okoz thrombosit. A szerzők ezért is tartják érdemesnek két betegük esetének ismertetését, akiknél a vénás thrombosit a h. l. l. kezelése alatt fellépett kifejezett AT III. hiánynak tudták be.

Mindkét beteg klinikai adatait, a terápiás protokollt részletesen ismertetik. Az első betegnél a 2. kúra folyamán, az L. a. adagolása után az 5. napon, a második betegnél a 3. kúrában, ugyancsak az 5. napon, szeptikémia kíséretében bal oldali suralis phlebitis lépett fel. Az L. a. oki szerepére gondolva, annak adagolását elhagyták, anti-

biotikus és antithrombotikus kezelést vezettek be.

Az L. a. terápiás alkalmazása óta — miután mellékhatásai ismertté váltak — a vérzés potenciális veszélye miatt klasszikussá vált, hogy az ilyen kezelés folyamán a fibrinogen, V., IX., X., XI. faktorok és plasminogen szintjét rendszeresen ellenőrizték. Az AT III. hiányra 1970-ben hívták fel a figyelmet s azóta ismételtelen megerősítették, hogy a klasszikus L. a. kúra — 1000 I. E./kg/d. 10 napon át — alatt az AT III. szint az 5. napig állandóan és gyorsan csökken, a minimális szintet a 10–15. napon éri el, majd a 8–23. nap között normalizálódik.

Ahhoz, hogy az L. a.-t tehesük felelőssé az AT III. deficitjéért, ki kell zárni a DIK-et, a fibrinolízist, a hepato-celluláris elégtelenséget, a nephrosis szindrómát, a heparin kezelést. Gondolni kell hereditér thrombophiliára is, ahol 40–70%-os a thrombosis veszély. Az L. a. okozta AT III. deficit miatt fellépő thrombosis gyakoriságát 2–10%-ra teszik. A szerzők leírt két esetük mellett még 1 malignus, non-Hodgkin lymphomás betegük-nél észlelték.

A klasszikus heparin terápia kontraindikált, mert a heparin aktiválja az AT III. konszumpcióját. Friss, fagyasztott plazma perfúziója az ajánlott, ennek hatásossága egyenlő a koncentrált tisztított AT III. készítményekével. Egyéb kezelési eljárások — antivitamin K — értéktelenek.

A szerzők, eseteik elemzése után, úgy vélik, hogy az AT III. hiány (aktivitás 50%-nál kisebb, 12 mg/100 ml-nél alacsonyabb szint), ha izoláltan jelentkezik, nem ok az L. a. felfüggesztésére. Ha ehhez egyéb tényezők is társulnak (körti-koterápia, tartós ágyhoz kötöttség, denutráció, szeptikémia), helyes a kúrát abbahagyni és preventive friss plazmát adni. Így lehetővé válik az L. a. későbbi alkalmazása is.

Kövér Béla dr.



KÖNYVISMERTETÉS

H. A. Kühn, J. Schirmeister (Hrsg.): *Innere Medizin. Ein Lehrbuch für Studierende der Medizin und Ärzte. Begründet von Ludwig Heilmeyer.* (Belgyógyászat. Tankönyv orvostanhallgatók és orvosok részére. Alapította Ludwig Heilmeyer.) 4., teljesen átdolgozott kiadás. Springer, Berlin—Heidelberg—New York, 1982. 1382 oldal. Ára: 136,— DM.

Minden olvasó bizonyára némi kételkedéssel vegyes kíváncsisággal veszi kézbe azt a könyvet, amelyik a „belgyógyászat tankönyve” címet viseli. Valóban jogos a kérdés, hogyan lehet, ezt a feladatot megoldani a specializálódás mai szintjén, amikor a „klasszikus” belgyógyászat több területe — amelyek a tankönyvek 1—1 fejezetét képezték — ma már lényegében önálló diszciplínává fejlődött. Tovább bonyolítja a helyzetet, hogy a medicina korábbi, inkább „orvosközpontú” nevezhető diszciplínákra (belgyógyászat, sebészet, gyermekgyógyászat stb.) tagozódása után körünkben — éppen a belgyógyászatot annyira érintő specializálódással is összefüggésben — egy „betegközpontú” interdiszciplináris re-synthesis megy végbe. Talán az intenzív medicina jelzi a legszembetűnőbbben ezt a folyamatot, ami közelről érinti a belgyógyászatból ki-fejlődő diszciplínákat is; a cardiológiai team munkájába pl. természet-szerűleg beletartozik a sebész, a radiológus és a gyermekgyógyász közreműködése. Igen találó Julez Miklós megfogalmazása, aki „A neuroendokrin betegségek kórtana és diagnosztikája” c. könyve e sorok frójának dedikált példányába ezt írta: „az endokrinológia a belgyógyászat egy része — és mégis több annál”.

A Kühn és Schirmeister által szerkesztett könyvek összesen 62 szerzője van. Néhai Heilmeyer professzor alapította, első kiadása 1955-ben, a második 1961-ben, a harmadik 1971-ben jelent meg. Az eltelt évtized indokolja a teljes átdolgozást. A szöveget 476 (közöttük 47 színes) ábra és 278 táblázat egészíti ki. A fejezetek végén rövid, többnyire 8—10 hivatkozással álló irodalomjegyzéket találunk. Főként néhány éven belül megjelent német és angol nyelvű monográfiákat idéznek azzal a nyilvánvaló céllal, hogy megkönnyítsék az adott területeken részletesebben tájékozódni kívánó olvasó dolgát.

A könyv 34 fejezete közül az első (2 oldal terjedelemben) Heilmeyer professzor írta. Hitet tesz a belgyógyászat, mint egységes diszciplína szükségessége mellett és ki-

fejtí az orvosi tevékenységről val-lott elveit: a magas szintű ismeret-anyagnak, nagy tudásnak emberis-merettel és erkölcsi elkötelezett-séggel kell párosulnia ahhoz, hogy minden egyes beteg bízalommal te-kinthessen orvosára.

A fertőző betegségeket 240 oldal-as fejezet tárgyalja — akár külön könyv is lehetne. Igen szemléletes fényképfelvételek illusztrálják az anyagot. Az általános orvosi gyakorlat és a belgyógyászati megbete-gedések szempontjából is igen ér-tekés a chemoterapeutikumokkal és antibiotikumokkal foglalkozó 17 old-al, ahol a fontos információkat (hatásspektrum, dosis, mellékhatás, kombináció stb.) tömören, jól átte-kinthetően találja meg az olvasó.

A „hagyományos” belgyógyászati fejezetek mellett az utóbbi 1—2 évtizedben végbement fejlődést tükr-öző és határterületekkel foglalko-zó fejezetek is helyet kaptak a könyvben. A klinikai immunológia c. fejezet jó áttekintést nyújt az immunrendszer felépítéséről és működéséről; súlyt helyez a fogal-mak világos definiálására. Tárgyalja az immunsuppressiót, az im-mundefekt állapotokat és az auto-immun reakciókat. Külön fejeze-tek foglalkoznak az allergiával és a rheumatikus betegségekkel.

A klinikai cancerológia c. fejezet általános része az epidemiológia, aetiológia, diagnosztika és terapia kérdéseivel foglalkozik. A cytosta-tikumokról és a daganatos betegsé-gek kezelésében használatos hor-mon jellegű készítményekről jól szerkesztett táblázatok tájékoztat-nak. A részletes részben az emlő-és a bronchusrák, a gastrointesti-nalis és az urogenitalis traktus ma-lignus daganatai kombinált szisz-témás kezelési módszereit találjuk.

A vérképző rendszer betegségeit, a haemorrhagiás diathesiseket, va-lamint a thrombosisokat és embó-liákat külön fejezetek tárgyalják. A haematológiai fejezetet, amely Thelml, Kabath és Begemann mun-mája, kiváló mikrofelveletek il-lusztrálják.

A szív és keringési szervek be-teségeivel foglalkozó, igen jó di-daktikai érzékkel megírt fejezetben utalni kellett volna az új izotóp-diagnosztikai eljárásokra és hiá-nyolható, hogy nem említik a loca-lis thrombosit az acut myocar-dialis infarktusz kezelésében.

A légzőszervek betegségeit 52 oldalas, bőven illusztrált fejezet tárgyalja.

A gyomor-bélrendszer betegségeivel foglalkozó 5 fejezet Krentz és Kasper munkája. További feje-zetek tárgyalják a máj, az epeutak, a hashártya és a hasnyálmirigy be-

tegségeit. Nyilván elírás, hogy a gastroduodenalis ulcus sebészeti kezelésében a vagotomia kapcsán a gastricus vagus ágak „lekötéséről” (Unterbindung) olvashatunk. (A napjainkban elfogadott super-selectiv vagotomia során ui. nem-csak lekötik, hanem át is vágják a kérdéses idegeket.)

A vesebetegségeket tárgyaló feje-zet a gyakorlat számára jól foglalja össze a modern nephrológiai is-mereteket. Egy-egy kisebb fejezet témája az elektrolit- és vízháztar-tás, és a vizeletelvezető rendszer és a férfi nemzőszervek betegségei. Tömör, jó áttekintést kap az olva-só a hiányos és a hibás táplálko-zás következményeiről, az endokrin és az anyagcsere-betegségekről, va-lamint — Jesserer tollából — a csontok betegségeiről.

A fizikai behatások által előidé-zett ártalmak tárgyalásánál figye-lemre méltó a repüléssel kapcsola-tos orvosi kockázat részletes elem-zése a pilóta és az utasok szem-pontjából. A heveny mérgezések ismertetése rövid, lényegretörő. Ki-tér a divatossá vált kábítószerekre (hasis, LSD stb.). A szerves fosz-forsavészter mérgezések kezelésé-ben az atropin adagolás nagyobb hangsúlyt, részletesebb kifejtést is megérdemelt volna.

Minden orvos számára hasznos a vegetatív zavarok és klinikai psychotherapia c. fejezet, de kü-lönösen értékes a belgyógyász szá-mára, aki — az ideggyógyász és a körzeti orvos mellett — a legtöbbet találkozik neurotikus betegekkel.

Érdekes az általános geriátria c. fejezet (14 oldal). Az Egészségügyi Világszervezet definíciója szerint az ember 75 éves kor felett öreg, de az öregedés folyamata, nyilván-való, jelentős egyéni eltérésekkel, már 50 éves kortól megindul. A fe-jezetben között ismeretek (különö-sen az idős betegek kivizsgálásáról és gyógykezeléséről írottak) fontos-ságát mi sem jelzi jobban a bel-gyógyász számára, mint az a körü-lmény, hogy napjainkban az általá-nos belgyógyászati osztályok bete-geinek jelentős része, gyakran több mint a fele, ebbe a kategóriába tar-tozik.

Értekes a belgyógyászati intenzív ellátással foglalkozó rövid, de si-került gyakorlati fejezet. Tárgyalja többek között a shockot, a cardio-lógiai és a gastroenterológiai he-veny életveszéllyel járó állapotoka-t.

Megszívlelendő elvi megállapítá-sokat és gyakorlati útmutatást ta-lálunk a könyv utolsó fejezetében, amely a klinikai laboratóriumi diagnosztikáról szól. Minél többet tud a laboratórium az egyes beteg-ről és minél kevésbé van eláraszt-va világos indikáció nélküli vizsgá-latokkal, annál eredményesebb lesz az együttműködés a fekvőbeteg osztályokkal — ez a gondolat képe-zi vezérfonálát. Részletes táblázatok ismertetik az SI mértékegysé-

geket és a hagyományos egységek átszámítási módját.

Összegezve: Kühn és Schirmeister könyve jól sikerült, korszerű tankönyv, amely nemcsak arra alkalmas, hogy orvostanhallgatók tanuljanak belőle, hanem arra is, hogy általános orvosok és más klinikai szakterületek orvosai gyors, tömör és adekvát tájékoztatást kapjanak a belgyógyászattal és határterületeivel kapcsolatos kérdéseikre. Megerősít abban a meggyőződésünkben, hogy ma is lehet belgyógyászati tankönyvet írni és a benne közölt elvek és ismeretek minden betegellátással foglalkozó orvos számára igen hasznosak, ha nem nélkülözhetetlenek. Aki ezt a könyvet felüti, aligha fog csalódni; lehet, hogy nem kap ugyan minden kérdésre direkt választ, a fejezetek végén levő irodalomjegyzék alapján azonban ilyenkor is biztosan eligazodhat.

A Springer kiadó a tőle megszokott gondossággal állította ki ezt a könyvet is; elírás, sajtóhiba csak elenyésző mértékben fordul elő. A „Heilmeyer” új kiadását meggyőződéssel ajánljuk minden németül tudó kartársunknak.

Szarvas Ferenc dr.

Werner Janzarik (hrsg.): **Psychopathologische Konzepte der Gegenwart**. 1982. Ferdinand Enke, Stuttgart, 166 oldal, (Klinische Psychologie und Psychopathologie, Band 22.) Ára: 39,— DM.

A kötet a második heidelbergi pszichopathológia szimpozion anyagát gyűjtötte össze. Ez a szimpozion lényegében a pszichopathológia kérdésköre iránti megújult érdeklődés jele, ugyanis folytatása az első szimpozionnak, amit 1978-ban ugyancsak Heidelbergben hívtak össze. Akkor ünnepelte a heidelbergi pszichiátriai klinika, a német pszichiátria egyik fellelegvára, fennállásának századik évfordulóját és az ünnepi tudományos ülésre azt a tematikát választották ki, aminek fejlesztésében a klinika neves professzorai a legtöbbet tettek. Az első szimpozion (ami ugyancsak megjelent Janzarik szerkesztésében, ugyanebben a sorozatban, a sorozat 8. köteteként) nagy sikere hívta életre a másodikat. Az első sorozat főleg a pszichopathológiai gondolkodás történeti előzményeit vizsgálta, azt tekintve át, miben járultak hozzá a nagy pszichopathológusok, főleg a heidelbergi tanszék vezetői a mai pszichiátria fejlődéséhez.

Az első szimpoziont megelőző években még úgy tekintették a pszichopathológiát, mint ami iránt már nincs kellő érdeklődés, amit a pszichiáterek nem tartanak aktuálisnak. 1976-ban jelent meg Janzarik közleménye, ami a pszichopathológia kríziséről beszélt. Ugyanakkor már mutatkoztak annak is a jelei, hogy a pszichopathológia általános kérdéseivel mind többen foglalkoznak. A hetvenes évek végén azután több szakkönyv is jelent meg a tárgykörből.

Ez a szimpozion — nagyjából a korábbi résztvevőkkel — a pszichopathológia jelenlegi állását, mai fejlődési trendjét próbálta felmérni. A szimpozion láthatóan alaposan előkészített volt, mert az előadások — a kötet fejezetei — tematikusan különbözők, nem kerülnek fedésbe. A kötet elején a legáltalánosabb témájú olvasmányok olvashatók. Ezek közül érdemes megemlíteni a hagyományos német pszichológiai gondolkodás filozófiai alapjairól (von Engelhardt), a mai pszichopathológiai módszertani irányzatokról (Schmitt) és a pszichopathológia és az elmeorvosi gyakorlat viszonyáról (Blankenburg) szóló írásokat. A Heidelbergben végzett japán Kimura a pszichózisok idő dimenzióját vizsgálja, főleg az antropológizáló, fenomenológiai pszichiátria szemszögéből, különös tekintettel a múlt és a jövő megjelenésére a pszichiátriai kórképekben. Több tanulmány elemzi az empiria szerepét a modern pszichopathológia fejlődésében. Ezek közül kiemelkedik a bécsi P. Berner írása, amely lényegében a Kurt Schneider-féle pszichopathológia hatását vizsgálja az amerikai, új diagnosztikus kategóriarendszerek kialakulására, és szól a szerző saját rendszeréről és annak alapadatairól.

Néhány egészen egyszerű, a korábbi kötet kissé konzervatív szellemétől elütő fejezet is van a könyvben. Így pl. J. Glatzel mutatja be az interakcionista pszichiátriát (Sullivan, szimbolikus interakcionizmus stb.) szemléletmódját, az amerikai (de német származású, és mostanában német konferenciákon mind többet szereplő) Watzlawick a valóságvizsgálat és a valósághoz való alkalmazkodás elmentmondásaira mutat rá, és kifejti, hogy ez a kritérium nem eléggé megbízható a pszichopathológiai elméletalkotás számára. Igen figyelemre méltó A. Kraus fejezete a szerepkonceptió felhasználásáról a pszichiátriában, és U. H. Peters írása a struktura-

lizmus szemléletében fogant pszichopathológiai irányzatokról.

Az utolsó fejezetek főleg a schizophrénia pszichopathológiájának részletkérdéseivel (Wahn, énpathológia stb.) foglalkoznak.

A kis kötet rendkívül adatgazdag, mindegyik fejezet érdekes és tanulságos, azonban a kifejtett különböző nézetek sajnálatos módon nem konfrontálódnak egymással. A szerzők kerülnek a kritikai állásfoglalást, legfeljebb Watzlawick és Peters írása tartalmaz némi — indirekt — bírálatot a klasszikus pszichopathológiával szemben. A klasszikus koncepciókat a szerzők nagyon tiszteletben tartják. Ahogy ezeket a nézeteket alkalmazzák, eléggé szembetűnővé válnak a hagyományos gondolkodásmód sajátosságai. Egyik sajátosság az, hogy az endogenitás és ennek biológiai jellegű tételére a pszichózisok értelmezésének szilárd alapfelvetése. A másik az, hogy a fogalmi kategóriákkal szinte bűvészként dolgoznak a hagyományos pszichopathológusok, szinte tetszés szerint alkotnak új fogalmakat és teszik azután ezeket alapszemponttá. A rejtett módszertani bázis ehhez valószínűleg a jaspersi megértés és értelmezés (Verstehen, Erklären) módszere. Az újabb, empirikus megközelítés számára általában kényelmetlen ez a klasszikus fogalomtömeg, ám legtöbbször (mint ezt a kötetben Berner, Häfner, Matussek és mások fejezetei mutatják) inkább választanak belőlük a lehetséges operacionalizálás — vagyis empirikus módszerbe való átvitel — alapján. Úgy tűnik, hogy az újabb diagnosztikus rendszerekben is ez a törekvés nyilvánul meg. Ugyanakkor a kötet egyik fejezete, Scharfetter írása, különösen világosan mutatja azt, ami a többi írásból is kissejlik, hogy az operacionalizálás a komplex fogalom valamely jelentéstartalmi árnyalatát emeli ki, és ahhoz rendel skálát vagy tünetlistát, és így igen valószínű, hogy más kutató vagy más kutatócsoport már nem fogja tudni a koncepciót és a módszertant ugyanúgy használni. Csak kikerülnek tehát a fogalmi elemzést, az előfeltevések felülvizsgálatát, és az empiriával való tényleges viszony tisztázását.

Mindezzel együtt a könyv a pszichiátriában dolgozók számára ajánlatos olvasmány, és a mai pszichopathológiát megismerni akaró orvosok és pszichológusok is használnak tanulmányozhatják.

Buda Béla dr.

1983. április 22-én délelőtt ünnepélyes keretek között került sor a Weil-teremben az Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete elnöksége, az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat igazgatósága, valamint az Orvosi Hetilap szerkesztő bizottsága és szerkesztősége által alapított

**„Orvosi Hetilap
Markusovszky-díj”-ak**

kiosztására, kiemelkedő referenseink jutalmainak és az „Orvosi Hetilap Markusovszky-émlék-érem”-nek átadására.

Az ünnepséget **Trencsényi Tibor dr.** felelős szerkesztő nyitotta meg, majd az előadást **Petri Gábor dr.** egyetemi tanár, akadémikus, a szerkesztő bizottság tagja tartotta „Tudományos gondolkodás, orvosképzés és orvoslás” címmel.

Az „Orvosi Hetilap Markusovszky-díj”-akat és jutalmakat **Füzi István dr.**, az Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete főtárgya, a szerkesztő bizottság tagja nyújtotta át.

„Orvosi Hetilap Markusovszky-díj”-at kaptak:

Nyerges Gábor dr., **Mészner Zsófia dr.** és **Héjjas Mária dr.** (Budapest, Főv. László Kórház — Budapest, Orsz. Haematológiai és Vértanszúziós Intézet): az Orv. Hetil. 1982. évi 22. számában megjelent „A varicella-zoster immunoglobulinnal szerzett hazai tapasztalatok” c. közleményükért.

Vecsey Dénes dr. és **Balogh Ferenc dr.** (Szombathely, Markusovszky Kórház — Budapest, Urológiai Klinika): az Orv. Hetil. 1982. évi 1. számában megjelent „Horog alakú alsó ureterszakasz jelentősége hólyagnyak adenomás betegeken” c. közleményükért.

Kovács Judit dr. (Hódmezővásárhely, Városi Kórház-Rendelőintézet): az Orv. Hetil. 1982. évi 13. számában megjelent „Hatéves gyermekek vérnyomásértékei” c. közleményéért.

Földes János dr. és **Korányi László dr.** (Budapest, I. Belgyógyászati Klinika): az Orv. Hetil. 1982. évi 17. számában megjelent „A glukagon szerepe a hyperthyreosis okozta szénhidrátanyagcsere-zavar kifejlődésében” c. közleményükért.

Szebeni Ágnes dr. (Budapest, Orvostovábbképző Intézet Röntgenológiai Intézete): az Orv. Hetil. 1982. évi 2. számában megjelent „A lépvastagság ultrasonográfiás mérésének jelentősége a hasi diagnosztikában” c. közleményéért.

Berkó Péter dr. (Miskolc, Megyei Kórház-Rendelőintézet): az Orv. Hetil. 1982. évi 25. számában megjelent „Az újszülöttek fejlettségé-

nek és tápláltságának megítélése új típusú osztályozási és jelrendszere — újszülöttek fejlettségi és tápláltsági mutatója — segítségével” c. közleményéért.

Gáspárdy Géza dr. (Budapest, Orsz. Reuma és Fizioterápiás Intézet): az Orv. Hetil. 1982. évi 1. számában megjelent „A rheumatoid arthritises betegek metatarsalgiajának kezelése az előláb rezekciós artroplastikájával” c. közleményéért.

Hidvégi Jenő, az Orv. Hetil. 1982. évi 52. számában megjelent „Az ifjú Markusovszky világa” c. orvostörténelmi tanulmányáért.

Kiemelkedő referensi munkájáért jutalomban részesült:

Angeli István dr., **Berkessy Sándor dr.**, **Cselkó László dr.**, **Lacza András dr.**, **Pálóssy Béla dr.** és ifj. **Pastinszky István dr.**

Borsos Miklós szobrászművész alkotását, az „Orvosi Hetilap Markusovszky-émlékérme”-t **Farkas Elek dr.** és **Kövér Béla dr.** kapták.

A Markusovszky ünnepség keretében adta át **Arky István dr.**, a Medicina Könyvkiadó igazgatója, a Művelődési Minisztérium **nívójutalmait**, amelyeket az 1982. évben megjelent kiemelkedő színvonalú könyvek szerzői kaptak:

A **nívódíjas** könyvek:

Lampé László: Szülészet-nőgyógyászat I—III. kötet.

Kertai Pál: Közegészség-tan-jár-ványtan.

Bokor Nándor (szerk.): Ápolás-tan-gondozástani I—II. kötet.

Littmann Imre: Sebészeti tudnivalók a körzeti orvosi gyakorlatban (Gyakorló orvos könyvtára sorozat).

Máttyus Adorján—Paraicz Ervin—Szénágy József: Csecsemő- és gyermekneurológia.

Farkas Márton: Magzatvíz-diagnosztika.

Eckhardt Sándor: Modern dag-natterápia (Aesculap-sorozat).

Halász Péter: Alvás és alvászavarok (Aesculap-sorozat).

Zajkás Gábor—Gaálné Póda Bernadetta: Diétás könyv.

A **Magyar Pszichiatriai Társaság Pszichofarmakológiai Munkacsoportja** 1983. május 17-én (kedden) 14.30 órakor, a Főv. János Kórház Neuropszichiatriai Osztálya előadótermében **tudományos ülést** tart.

Degrell István dr.: Beszámoló NSZK-beli tanulmányútról (Neurotranszmitterekre ható gyógyszerekről).

A **Fővárosi Weil Emil Kórház Tudományos Bizottsága** 1983. május 18-án, szerdán du. 14 órakor, a Kórház kultúrtermében (XIV., Uzsoki u. 29.) **tudományos ülést** tart.

Üléselnök: **prof. Németh György**.

Baranyai E. dr.: A hólyagdaganatok etiológiája, morbiditás, stádiumbeosztás.

Határ A. dr., **Bányai B. dr.**, **Mat-sangos S. dr.**: A hólyagdaganatok diagnosztikai fejlődéséről és lehetőségeink.

Végh I. dr., **Sára Gy. dr.**, **Bányai B. dr.**: A hólyagdaganatok sebészeti terápiája, saját eredményeink.

Gál A. dr., **Kiss E. dr.**, **Csengeri B. dr.**: Szakrendelői gondozás lehetőségei és eredményei hólyagdaganatos betegek kezelésében.

A **Debreceni Orvostudományi Egyetem Tudományos Bizottsága** 1983. május 23-án (hétfőn) 19 órakor, az Akadémiai Bizottság Székházában (Thomas Mann út 49.) „A fejsérülések differenciáldiagnosztikai és ellátási problémái” címmel **kerekasztal-konferenciát** rendez.

Moderátor: **prof. Molnár László**.

Résztvevők: **prof. Balázs György**, **prof. Gomba Szabolcs**, **prof. Szepesi Kálmán**, **prof. Vargha Gyula**, **Buris László dr.**, **Gombi Róza dr.**

A **Szegedi Orvostudományi Egyetem** 1983. május 24-én, 16 órakor, az Akadémiai Bizottság Székház Dísztermében, a Központi Klinikai Mikrobiológiai Laboratórium munkatársai részvételével **tudományos ülést** tart.

Szöllősy Ervin dr.: Bevezető.

1. **Nagy E. dr.**, **Benkő M. dr.**, **Dósa E.**: Rutin bakteriológiai laboratóriumunk eddigi munkájának statisztikai értékelése.

2. **Nagy E. dr.**, **Benkő M. dr.**, **Pol-lák R. dr.**, **Várkonyi T. dr.**: Vé-konybél baktérium flórájának vizsgálata irritábilis vékonybél synd-romában.

3. **Deák J. dr.**, **Cenkei A.** **Szöl-lősy E. dr.**: Beszámoló a vírus laboratórium diagnosztikai lehetőségeiről.

4. **Szénási Zs. dr.**, **Nagy F. dr.**, **Szöllősy E. dr.**: Candida és E. coli ellenanyagok vizsgálata colitis ulcerosus betegeknél.

5. **Hulesch H. dr.**, **Turi S. dr.**, **Szöllősy E.**: E. colival szembeni ellenanyag titer értékek diagnosztikus jelentősége gyermekkorú pyelitisekben.

6. **Erdős E. dr.**, **Kovács G. dr.**: A levegő bakteriológiai szennyezettségének vizsgálata szívsebészeti műtőben.

7. Herczegh O. dr., Erdős E. dr.: Mycoplasma pneumoniae és hominis antigén előállítás szerológiai vizsgálatok céljára.

8. Matyi A., Zsibrita A. dr., Rózsa J. dr.: Beszámoló az Akadémia által támogatott munkacsoportunk parazitológiai munkájáról.

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Radiológiai Klinika 1983. május 25-én, szerdán, 15 órakor, a Klinika tantermében (VIII., Üllői út 78/a.) továbbképző jellegű tudományos ülést rendez.

Flautner Lajos dr.: Hasnyálmirigy-betegségek diagnosztikája.

Bohár László dr.: Ultrahang diagnosztika.

Csóbály Sándor dr.: CT diagnosztika.

Tulassay Zsolt dr.: Endoszkópos retrográd pankreatográfia.

Megbeszélés, melynek keretében a hallgatóság által hozott felvételek bemutatásra kerülnek.

A Központi Állami Kórház Tudományos Bizottsága 1983. május 26-án (csütörtök) 14 órakor, a Kórház könyvtárában (XII., Kútvolgyi u.) tudományos ülést tart.

1. Kállay Kálmán dr.: A calcium antagonisták.

2. Kállay Kálmán dr.: A calcium antagonisták antihypertensív hatása.

3. Kalocsai Tamás dr.: A calcium antagonisták hatása a renin aktivitásra.

4. Káldi Nándor dr.: A calcium antagonisták hatása a fizikai terhelhetőségre.

5. Kovács László dr., Káldi Nándor dr.: A calcium antagonisták hatása a szív ejekciós frakciójára.

6. László Előd dr.: A calcium antagonisták hatása a trombocytafunkciókra.

Az MN Központi Katonai Kórház Fiatalok Szakmai Fóruma 1983. május 26-án, 14.30 órakor, a Kórház tanácstermében (XIII., Róbert K. krt. 44.) „Diabetes mellitus” címmel kerekasztal-beszélgetést tart.

A Magyar Kardiológusok Társasága Bács-Kiskun megyei Munkacsoportja, a Megyei Kórház Rendelőintézet, a Megyei TIT Egészségügyi Szakosztálya 1983. május 26-án, 15 órakor Kecskeméten, a Tudomány és Technika Háza kongresszusi termében (Rákóczi út 2.) tudományos ülést rendez.

Téma: Ischaemiás szívbetegség jelentősége, diagnosztikája és kezelése.

Az Országos Kardiológiai Intézet munkatársainak előadásai

Üléselnök: Kerkovits Gyula dr.

1. Gyárfás Iván dr.: Ischaemiás szívbetegség előfordulása hazánkban.

2. Kökény Mihály dr.: A kardiológiai ellátás szervezete és feladata ischaemiás szívbetegségben.

3. Jánosi András dr.: Terheléssel vizsgálatok jelentősége ischaemiás szívbetegségben.

4. Lengyel Mária dr.: Az echocardiographia diagnosztikus lehetőségei ischaemiás szívbetegségben.

5. Istvánffy Mária dr.: Radioizotópos vizsgálatok diagnosztikus lehetőségei ischaemiás szívbetegségben.

6. Palik Imre dr.: A coronarographia lehetőségei és problémái.

7. Keltai Máttyás dr.: A szívizom infarktusz haemodynamikai és angiographiás jellemzői.

8. Török Eszter dr.: Az ischaemiás szívbetegség belgyógyászati kezelése.

9. Prof. Árvay Attila: Az angina pectoris sebészeti kezelése.

A Magyar Orvostörténelmi Társaság, a Magyar Patológusok Társasága 1983. május 26-án (csütörtök) du. 17.30 órakor, Budapesten, a Semmelweis Orvostörténelmi Könyvtár olvasótermében (II., Török u. 12.) plenáris tudományos ülést tart.

Üléselnök: Romhányi György dr. akadémikus.

Honti József dr.: A magyar patológia a két világháború között.

A Magyar Patológusok Társasága 1983. május 27-én, a Semmelweis OTE I. Kórbontani és Kísérleti Rákkutató Intézet tantermében (VIII., Üllői út 26.) rendezi a Fialtal Patológusok Fórumát.

8.30 óra

Prof. Lusztig Gábor: Megnyitó.

1. Roth Antal dr.: Gyermekkori dagantaok előfordulása intézeti biopsziás anyagunkban.

2. Vadnay István dr.: Újszülöttkori multiplex szív-rhabdomyoma.

3. Timár József dr., Legerszky Tamás dr.: Neuroblastomák ultrastruktúrája.

4. Khoór András dr., Szabó Zsuzsanna dr.: Morphológiai leletek gyermekkori leukaemiában szenvedők fatális varicellájában.

5. Nagy Attila dr.: Leukaemiás veseelváltozások.

6. Pócsa Károly dr.: Tüdőelváltozások leukaemiás gyermekekben.

Szűnet

7. Megyaszi László dr.: Thyomát utánzó adenomatoid tüdőmalformatio intrauterin elhalt magzatban.

8. Tarján Gábor dr., Detre Zoltán dr., Külkey Orsolya o. h.: Oligomeganephronia.

9. Szász Tibor dr., Szikora László dr.: Ritkán előforduló komplex fejlődési rendellenesség.

10. Mórocz István dr., Molnár Péter dr.: Az iniencephalia patológiája.

11. Csáky András dr.: A kórbontani vizsgálat szerepe az intrauterin meghaltak halálának megállapításában.

12. Tóth Katalin dr.: A hyalin-membrán-betegség szerepe a perinatalis mortalitásban.

13. Taróczy Erika dr., Kővári Enikő dr.: Az IRDS-szindrómáról.

14. Elek Jenő dr., Bencze Rita dr.: Thrombotikus szövödmények jelentősége a perinatalis korban.

15. Tóth Miklós dr., Thomázi Vilmos dr., Szeifert György dr.: Mucoviscidosis perinatalis patológiája és differenciáldiagnosztikája.

16. Kovács Zsuzsa dr., Rajnai László dr.: A modern szülészeti és újszülöttkori ellátás tükröződése és eredményei a koraszülött neonatalis halálozásban.

Szűnet

13.30 óra

Eredményhirdetés.

Zárszó.

Az előadások időtartama 10 perc, a hozzászólásoké 2 perc. Vétítési lehetőség: 5×5 cm diaposzítívek episcop és írásvetítő is rendelkezésre áll.

A Magyar Fül-Orr-Gégeorvosok Egyesülete és a Debreceni Orvostudományi Egyetem Fül-Orr-Gégeklinika 1983. augusztus 28–31. között Debrecenben — nemzetközi részvétellel — 50. éves jubileumi kongresszust rendez.

Témák:

I. 50 év haladása és története a fül-orr-gégegyógyászatban.

II. Szabadon választott előadások.

A Gyermek Fül-Orr-Gégészeti és az Ophthalmology-Oto-Neurológiai Sectio a kongresszus ideje alatt tudományos ülést rendez külön sectiókban.

Információ: prof. Lampé István, Debrecen 12, Fül-Orr-Gégeklinika, 4012.

A „Korányi Frigyes” TBC és Tüdőgyógyász Társaság Bronchológiai Szekciója 1983. október 6–7-én Mosdóson tudományos ülést rendez.

kai kivizsgálások különböző formáiban és az angio-cardiographiás vizsgálatokban, valamint az oktató, nevelő és tudományos munkákban.

Az állás betöltéséhez általános orvosi diploma és radiológiai jártasság szükséges.

A pályázónak meg kell felelnie az egyetem oktatóival szemben támasztott követelményrendszerben foglaltaknak, amely megtekinthető az egyetem személyzeti és oktatási osztályán.

Az illetmény kulcsszám szerint kerül megállapításra.

Az álláshoz az egyetem lakást biztosítani nem tud.

Az 1/1979. (III. 17.) OM. sz. rendelet 9. §. (1.) és (2.) bekezdés előírásai szerint összeállított és felszerelt pályázatok — a szolgálati út betartásával — a Semmelweis Orvostudományi Egyetem személyzeti és oktatási osztályára (Bp. VIII., Üllői u. 26. fszt. 9. 1085) a megjelenést követő 30 napon belül kell beküldeni.

Répassy András dr.
osztályvezető

(203)

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem dékánja pályázatot hirdet a **II. sz. Belklinika egy 3224 kulcsszámú egyetemi tanársegédi állásra.**

Az állást elnyerő egyetemi tanársegéd feladata lesz a klinika röntgenosztályán, a röntgendiagnosztikai munkakör ellátása, részvétel a klinika oktató, nevelő és tudományos munkájában. A pályázónak meg kell felelnie az egyetem oktatóival szemben támasztott követelményrendszerben foglaltaknak, amely megtekinthető a személyzeti és oktatási osztályon.

Az illetmény kulcsszám szerint kerül megállapításra.

Az álláshoz az egyetem lakást biztosítani nem tud.

Az 1/1979. (III. 17.) OM. sz. rendelet 9. §. (1.), (2.) bekezdés előírásai szerint összeállított és felszerelt pályázatok — a szolgálati út betartásával — a Semmelweis Orvostudományi Egyetem személyzeti és oktatási osztályára (Bp. VIII., Üllői u. 26. fszt. 9. 1085) kell beküldeni a megjelenést követő 30 napon belül.

Répassy András dr.
osztályvezető

(204)

Nagyatádi városi Tanács V. B. Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Nagyatád, Bajcsy-Zs. u. 1.) pályázatot hirdet:

**egy körzeti orvosi
egy anaesthesiológus részlegvezető főorvosi,**

egy gyógyszerész állásokra.

Bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EüM-MüM sz. együttes rendelet szerint.

Lakás biztosított. **Szirtes István dr.**
igazgató főorvos

(205)

Az Egyesített Egészségügyi Intézmény Kórház-Rendelőintézet Sárvár pályázatot hirdet rendelőintézeti szemész szakorvosi állásra.

Megfelelő szakorvosi gyakorlat esetén rendelőintézeti főorvosi kinevezés is szóba jöhet, az álláshoz a kórház közelében lakást biztosítanak.

Mellékállás vállalására lehetőség van. A jelentkező részére — igény esetén — a megye kórház szemészeti osztályán rendszeresen szakmai továbbképző napot biztosítanak.

Flamis László dr.
igazgató főorvos

(206)

A szombathelyi MÁV Területi Egészségügyi Központ igazgató főorvosa (Szombathely, Garai János u. 5. 9700) pályázatot hirdet a balatonfüredi MÁV Szanatóriumban megüresedett **segédorvosi állásra.** Belgyógyász szakvizsgával rendelkezők előnyben részesülnek.

A pályázatot elnyert részére férőhelyet biztosítunk. Az orvos és igény jogosult családtagjai a MÁV dolgozókat megillető utazási kedvezményben részesülnek.

Tari Endre dr.

(207)

A Heves megyei Tanács Kórház II. sz. Rendelőintézete (Heves, Fő út 13. Telefon: 163.) igazgató főorvosa, pályázatot hirdet **egy fő csoportvezető (felülvizsgáló) belgyógyász főorvosi állásra.**

Személyi alappér és munkahelyi pótlék, szolgálati időtől függően, megegyezés szerint.

Az állás azonnal elfoglalható. 2 szobás, komfortos szolgálati lakás rendelkezésre áll.

Jeney Zoltán dr.
igazgató főorvos

(208)

Régi gyártmányú rézmikroszkópot keresek 838-320.

(209)

A Budai Gyermekkórház-Rendelőintézet főigazgató-főorvosa pályázatot hirdet a II. kerületi alapellátásban megüresedett 2104 kulcsszámú **csoportvezető gyermekgyógyász főorvosi állásra.**

A pályázat beküldésének határideje a pályázat megjelenésétől számított 1 hónap.

Cím: Budai Gyermekkórház-Rendelőintézet, Budapest, 23. Pf. 14. (II., Cserje u. 14.).

Péter Ferenc dr.
főigazgató főorvos

(210)

A MÁV Kórház és Központi Rendelőintézet főigazgató főorvosa Budapest, Postafiók 340. 1394. pályázatot hirdet a röntgen szakrendelőben megüresedett **szakorvosi állásra.**

Bérezés a 3/1977. EüM valamint a 20/1980. MüM sz. rendeletben foglaltak alapján.

Felvétel esetén a dolgozó és családtagjai részére MÁV utazási kedvezményt biztosítunk.

Vajda György dr.
főigazgató főorvos
c. egy. docens

(211)

A Fővárosi János Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Budapest, Diósárok út 1. 1125) pályázatot hirdet **egy gyermekgyógyász szakorvosi állásra.**

Pályázati feltétel: gyermekgyógyász szakorvosi képesítés.

Bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EüM-MüM számú együttes rendelet szerint.

Sinkovics Máttyás dr.
főigazgató főorvos

(212)

A Dunaújvárosi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Dunaújváros, Korányi S. u. 4-6.) pályázatot hirdet a város területén:

**3 üzem orvosi állásra,
1 rtg állásra.**

A lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Csák Endre dr.
kórház-rendelőintézet
igazgató főorvosa

(213)

A Fővárosi János Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Budapest, Diósárok út 1. 1125) pályázatot hirdet **egy rheuma szakorvosi állásra.**

Pályázati feltétel: rheuma szakorvosi képesítés.

Bérezés a 3/1977. (VII. 19.) EüM-MüM számú együttes rendelet szerint.

Sinkovics Máttyás dr.
főigazgató főorvos

(214)

A Csecsemőotthonok Országos Módszertani Intézetének főigazgató főorvosa pályázatot hirdet 1983. május 1. napján megüresedett **orvosi állásra.** Gyermekgyógyász szakképesítéssel rendelkező pályázó előnyben részesül.

Falk Judit dr.
főigazgató főorvos

(215)

A Veszprém megyei Tanács Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Veszprém, Marx tér 8-9.) pályázatot hirdet: — a Kórház-Kórszövetségi Osztályon — **egy szakorvosi állásra.**

Csak szakorvosok jelentkezését várják.

— a gyermekellátás keretében működő egy **ifjúsági orvosi állásra.**

Elsősorban gyermekgyógyász vagy belgyógyász szakképesítésűek jelentkezését várják, de pályázhatnak közvetlenül szakvizsga előtt állók is.

a II. sz. Cardiovascularis profilú **belgyógyászati osztályra egy szakorvos részére.**

Elsősorban szakképzettek pályázatát várják, de pályázhatnak szakvizsga előtt állók is.

Valamennyi állás esetében a besorolás kulcsszám szerint történik. Egyedülálló pályázó esetén orvosszálláson férőhely biztosított, családos pályázó esetén a lakás megbeszélés szerint.

Kormos László dr.
főigazgató főorvos

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 17 000 példányban

A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató

Telefon: 116-600

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,

a Posta hírlapüzletében és a Posta Központi Hírlap Irodánál

(Budapest V., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)

közvetlenül vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKHI MNB 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámára.

Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/135

Előfizetési díj egy évre 600,- Ft, negyedévre 150,- Ft, egyes szám ára 12,- Ft



83.0915 Tipográfika Athenaeum Nyomda, Budapest — íves magasnymás — Felelős vezető: Szilávik András vezérigazgató

ISSN 0030-6002 • INDEX: 25 674

TRASICOR®

tabletta 20 mg és 80 mg

HATÓANYAG: 20 mg, ill. 80 mg oxprenololum hydrochloricum tabl.-ként.

JAVALLATOK: Szívritmuszavarok és tachycardiák, elsősorban sinus-tachycardia és paroxizmális supraventricularis tachycardia, supraventricularis és ventricularis extrasystole, digitálisz túladagolás, szimpatikus túlstimulálás által okozott szívpanaszok (pl. hiperkinetikus szívzindróma).

Angina pectoris.

Hipertónia (enyhe esetekben önmagában is adható, többnyire azonban más vérnyomáscsökkentőkkel, elsősorban diuretikumokkal kombinálva).

ELLENJAVALLATOK: Asthma bronchiale, cor pulmonale, AV-blokk, kifejezett bradycardia, szívélgtelenség (egészen enyhe esetekben, megfelelő digitálisz-kezelés után megkísérélhető a csökkentett adagolás). Obstruktív légzészavar, uraemia, metabolikus acidózis, friss infarktus utáni állapot. Terhesség.

ADAGOLÁS: Egyéni megítélést igényel.

A szív ritmusának zavara esetében az átlagos kezdeti adag felnőtteknek naponta 2–3-szor 20–40 mg. Szükség esetén ez az adag napi 4-szer 40 mg-ra is növelhető. A kívánt hatás elérése után elégséges az adagolást az egyénenként megállapított csökkentett, ún. fenntartó adagokkal folytatni.

A szimpatikus túlstimulálás által okozott szívpanaszok könnyebb eseteiben naponta 1–2-szer 20–40 mg adagolása legtöbbször elegendőnek bizonyul.

Angina pectorisban az átlagos kezdeti adag felnőtteknek naponta 3-szor 20–40 mg, szükség esetén ez az adag napi 3-szor 60 mg-ra növelhető, de adott esetben még nagyobb adagok is adhatók.

Hipertónia kezelésére felnőttek átlagos adagja a kezelés kezdetén általában naponta 2-szer 80 mg, mely egy-két hetes időközönként 160 mg-mal emelhető a kívánt hatás eléréséig. A legtöbb esetben, főleg kombinációs kezelés során, napi 160–320 mg elegendő.

A tablettákat szétrágás nélkül, kevés vízzel kell lenyelni.

MELLÉKHATÁSOK: Szívélgtelenség, bradycardia, bronchospasmus. Főleg a kezelés kezdetén fáradtság, szédülés, fejfájás, gyomor-bél panaszok, hasmenés, hányás. Az utóbbiak általában átmenetiek és csak kivételesen teszik szükségessé a kezelés abbahagyását.

GYÓGYSZER-KÖLCSONHATÁSOK: A Trasicor és a vele együtt adott egyéb vérnyomáscsökkentők (diureti-

kumok, perifériás értágítók, szimpatolitikumok) egymás hatását erősítik, ezért az adagokat általában csökkenteni kell!

A szénhidrát-anyagcserére kifejtett hatása következtében fokozhatja az inzulin és az orális antidiabetikumok hatását.

Fokozott óvatossággal adható:

- catecholamindepleciót okozó gyógyszerekkel (erős vérnyomáscsökkentés, ortosztatikus kollapszus veszélye);
- kalciumantagonista típusú koszorúér-tágítókkal (egymás hatását erősíthetik, ill. kiegyensúlyozhatják).

FIGYELMEZTETÉS: Adagolását általában fokozatosan

– 7–10 nap alatt kell leállítani, mert a kezelés hirtelen abbahagyása, elsősorban ischaemiás szívbetegségekben, a beteg állapotának akut rosszabbodását idézheti elő.

Kivétel: szívélgtelenség, nagyfokú bradycardia vagy bronchospasmus tüneteinek megjelenésekor az adagolást be kell szüntetni! Bradycardia esetén 1 mg atropin adható iv., ha az eredménytelen, bétareceptor-izgató (pl. izoprenalin). A bronchusgörcs oldására is bétareceptor-izgató alkalmazható, inj. vagy aeroszol formájában.

A hypoglykaemia tüneteit elfedheti! Cukorbeteg antidiabetikus adagját adott esetben újra be kell állítani – elsősorban labilis és inzulint igénylő diabetesben – és a vércukorszint időnkénti ellenőrzése szükséges.

Kloroform-, éternarkózis alkalmazása esetén a műtét előtti napokban adását fel kell függeszteni. Ha bétareceptor-blokkolót szedő beteg általános érzéketlensége szükséges, lehetőleg csekély negatív inotróp hatású készítményt (halothan, nitrogénoxidul) kell választani.

MEGJEGYZÉS: ✱ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS: 40 tabl. (20 mg) 10,80 Ft; 40 tabl. (80 mg) 29,30 Ft.

(CIBA-GEIGY AG. BASEL licencia)

R = CIBA-GEIGY AG. BASEL bejegyzett védjegye

CHINOIN BUDAPEST



E
GY
TE
GY
TE
GY
TE
GY
T

MILDIBÉ®

gyógytápszer

Kémiai és mikrobiológiai ellenőrzött alapanyagok (tej, demineralizált savópor, tejszír és napraforgóolaj), tejcukor, ásványi anyagok, különböző vitaminok) homogenizátumából porlasztva szárított gyógytápszer-készítmény.

JAVALLATOK: Ha nincs elegendő anyatej, vagy a szoptatásnak más akadálya van, akkor adható a csecsemő 6 hónapos koráig a Mildibé tápszer, kizárólag orvosi utasításra.

TARTALMA: 100 ml (kb. 1 dl) fogyasztásra kész tápszeroldat 272,2 kJ (65 Kcal) értékű.

fehérje	1,5 g	B ₂ -vitamin	0,052 mg
laktalbumin	0,9 g	Nikotinsavamid	0,65 mg
kazein	0,6 g	Kalcium pantotenát	0,32 mg
Zsír	3,3 g	B ₆ -vitamin	0,09 mg
tejszír	2,6 g	E-vitamin	0,380 mg
növényi zsír	0,7 g	Folsav	0,32 µg
Szénhidrát (laktóz)	7,0 g	B ₁₂ -vitamin	0,26 µg
Ásványi anyag	0,2 g	C-vitamin	4,80 mg
A-vitamin	0,052 mg	Vas	0,65 mg
B ₁ -vitamin	0,031 mg		

TÁPSZEROLDAT KÉSZÍTÉSE: A dobozban levő adagolókanállal (1 kanál tápszerpor = 5 g) annyszor 2,5 lesimított kanálnyi tápszerport (kb. 12,5 g) veszünk ki, ahány 100 ml (1 dl) tápszeroldatot akarunk készíteni.

A tápszeroldatot felforralt és kb. 60 °C-ra hűtött vízzel készítjük el. A tápszerport előbb kevés vízzel oszomómentesre keverjük, majd a többi vizet hozzáöntjük, megfelelő hőmérsékletre hűtve adjuk a csecsemőnek. A gyógytápszerhez további adalékanyagok pl. cukor hozzáadása szükségtelen.

ADAGOLÁS: A napi adag általában testsúlykilogrammonként 150 ml (1½ dl) tápszeroldat.

3 kg-os csecsemőnek 2 adagolókanál tápszerport + 75 ml (¾ dl) víz napi hat alkalommal.

4 kg-os csecsemőnek 4 adagolókanál tápszerport + 150 ml (1½ dl) víz napi öt alkalommal.

5 kg-os csecsemőnek 5 adagolókanál tápszerport + 175 ml (1¾ dl) víz napi öt alkalommal.

A fenti táplálási ajánlat csak általános irányelvként szolgál.

A doboz jól lezárva, száraz, hűvös helyen tartandó, és tartalma felbontás után 10 napon belül felhasználandó.

Mindenkor friss tápszeroldatot használjunk. Ugyeljünk a csecsemőtáplálék higiénikus elkészítésére.

MEGJEGYZÉS: Vény nélkül is kiadható. Anyatej pótlására: csecsemők táplálási zavarainak megszüntetésére az első három hónapban, illetőleg 4,5 maximum 5 kg testsúly eléréséig; valamint gyógyítás céljára: 3 hónapos kortól 6 hónapos korig terítésmentesen rendelhető. Rendelésre jogosultak mindazok az orvosok, akiknek a gyógyító, megelőző ellátás keretében a csecsemőellátás a feladatkörébe tartozik.

FONTOS FIGYELMEZTETÉS: Tápszer csak igen gondos mérlegelés alapján indokolt esetben rendeljünk, mert a csecsemő legjobb tápláléka az anyatej, és a legegészségesebb táplálási mód a szoptatás.

CSOMAGOLÁS: 500 g à 33,— Ft.

Egyt

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

E
GY
TE
GY
TE
GY
TE
GY
T



AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS
FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

124. ÉVFOLYAM 21. SZÁM 1233—1292 OLDAL

BUDAPEST, 1983. MÁJUS 22.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 600,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 12,— FT

GRAMURIN

tabletta
CHEMOTHERAPEUTICUM

Antibakteriális hatással rendelkező, széles hatásképességű húgyúti chemotherapeuticum. Hatékonyak bizonyul a Gram-negatív kórokozók (pl. Proteusok, E. coli stb.) túlnyomó többsége, valamint a Staphylococcus aureus okozta fertőzések leküzdésében, amelyekben egyéb antibiotikumok alkalmazása nem jár megfelelő eredménnyel.

ÖSSZETÉTEL: tabl-ként 250 mg acidum oxolinicum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLAT: cystitis, pyelonephritis, pyelitis, pyelocystitis, bakteriuria, esetleg prostatitis. Műszeres vizsgálatok (katéterezés, cystoscopia stb.) okozta fertőzések, ill. ezek megelőzése.

ELLENJAVALLAT: terhességben és szoptatás alatt, valamint 3 hónapos koron aluli csecsemőknek nem adható.

ADAGOLÁS: átlagos adagja **felnőtteknek** és 12 évesnél idősebb gyermekeknek naponta 3×2 tabl. (1500 mg), közvetlenül étkezés után.

Gyermekkorban: 3 hónapos kortól – 2 éves kor alatt megfontolt esetekben – adható. Átlagos adagja gyermekeknek napi 25 mg/testsúlykilogramm, az alábbi táblázat alapján: A feltüntetett gyógyszer mennyiséget napi 3–4 részben kell beadni.

Életkor	Testsúly	Naponta adott gyógyszermennyiség mg	tabletta
3 hónaposnál			
1 éves korig	5,5–10 kg	125–250	$\frac{1}{2}$ –1
1–3 év	10–14 kg	250–350	1– $1\frac{1}{4}$
4–5 év	15–18 kg	375–450	$1\frac{1}{2}$ – $1\frac{3}{4}$
6 év	20–22 kg	500–550	2– $2\frac{1}{4}$
7–12 év	22–36 kg	550–750	$2\frac{1}{4}$ –3

A kúraszerű adagolás időtartama gyermekeknek 7–10 nap (kivételesen, elhúzódó fenntartó kezelés esetén még két hétig, csökkentett (15–20 mg/kg) adagban), felnőtteknek 2–4 hét.

MELLEKHATÁSOK: **gastrointestinalis panaszok:** hasi fájdalmak, hányinger, hányás, cholestasis, hasmenés; **allergiás reakciók:** pruritus, urticaria, angioneurotikus ödéma, eosinophilia; **központi idegrendszeri tünetek:** aluszékonyság, nyugtalanság, álmatlanság, gyengeség, szédülés, látászavarok. Toxikus psychosis (konvulziók) praedisponáló betegségek (epilepszia, arterioszklerózis) esetén; **vérbépző szervek károsodása:** thrombocytopenia, leukopenia, haemolytikus anaemia; továbbá photosensibilizáció.

A mellékhatások többnyire csak átmenetiek, a kezelés megszakítása csak ritkán válik szükségessé.

GYÓGYSZER-KÖLCSONHATÁSOK: az oxolinsav enziminhibitor, ezért más – a májon át eliminálódó – gyógyszerrel történő együttes adásakor számolni kell az utóbbi lassúbb kiürülésével és az ebből eredő intoxikáció lehetőségével, így az egyidejűleg adott gyógyszerek dóziscsökkentése, ill. a betegek fokozottabb ellenőrzése célszerű. Furosemid fokozhatja a Gramurin aktivitását húgyúti fertőzésekben (növeli koncentrációját a vizeletben).

FIGYELMEZTETÉS: epilepsziás betegeknek a központi idegrendszerre kifejtett izgató hatása miatt, valamint máj- és veseelégtelenségben szenvedőknek, a funkciós vizsgálatok elvégzése mellett, csökkentett adagban, fokozott óvatossággal adható. Csecsemőkori alkalmazása fokozott ellenőrzést igényel.

MEGJEGYZÉS: ✱ Az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja. Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS: 42 tablettá

24,30 Ft

ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

✧

Szerkesztő bizottság:
ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BRAUN PÁL DR.
ECKHARDT SÁNDOR DR.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
OZSVÁTH KÁROLY DR.
PETRI GÁBOR DR.
PETRÁNYI GYULA DR.
RÁK KÁLMÁN DR.

✧

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

✧

Munkatársak:
PAPP MIKLÓS DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
BTAGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.
BUDA BÉLA DR.
HONTI JÓZSEF DR.
VÉRTES LÁSZLÓ DR.
HIDVÉGI JENŐ

✧

124. ÉVFOLYAM

✧

21. SZÁM

✧

1983. MÁJUS 22.

TARTALOMJEGYZÉK

László János dr.:

A nemi differenciálódás mechanizmusának
újabb szempontjai 1235

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Dávid Károly dr. és Halmy László dr.:

A hepatitis A vírus ellenanyag (anti-HAV)
vizsgálata idült, diffúz májbetegségekben ... 1241

A PREVENCIÓ KÉRDÉSEI

Szabó Lajos dr., Somogyi Csilla
és Szőnyi László dr.:

Szűrővizsgálatok primer hyperlipaemiára
myocardialis infarctuson átesett
szülőkben és utódaikban 1245

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Csiszér Eszter dr., Beálló Erzsébet dr.,
Fekete Béla dr. és Gerencsér Ferenc dr.:

Wegener-granulomatosisban szenvedő
három beteg ismertetése 1251

KLINIKOFARMAKOLÓGIAI TANULMÁNYOK

Józan Mihály dr., Tarján Jenő dr.,
Tordasi Éva dr., Wágner Gyula dr.,
Bordás István dr., Jávör András dr.
és Kovács Sándor dr.:

Az orális Prazosin kezelés hatása súlyos
szívelégtelenségben 1259

INTENZÍV BETEGELLÁTÁS

Lőcsey Lajos dr., Wórum Imre dr.,
Kovács Péter dr., Polgár Péter dr.,
Lőrincz István dr. és Wórum Ferenc dr.:

Több szervrendszer funkciózavarának
egyidejű komplex intenzív terápiája
akut életveszélyes állapotokban 1263

RITKA KÓRKÉPEK

Farkas András dr., Pintér András dr.
és Weisenbach János dr.:

Megacystis-microcolon-intestinalis
hypoperistaltica szindróma 1267

Folyóiratreferátumok 1269

Könyvismertetés 1285

Hírek 1287

CAVINTON®

injekció, tableta

ÖSSZETÉTEL: 1 tableta 5 mg vinpocetinumot, 1 ampulla (2 ml) 10 mg vinpocetinumot tartalmaz.

HATAS: A Cavinton javítja az agyi perfúziót és ezáltal az agyi oxigénellátását. Állatkísérletekben javítja a kísérletesen létrehozott hypoxia utáni agyi regenerációt.

JAVALLATOK: Orálisan: különböző eredetű (postapoplexiás, posttraumás vagy sclerotikus), agyi keringészavarok psychés vagy neurológiai tüneteinek: emlékezőszavarok, aphasia, apraxia, mozgászavarok, szédülés, fejfájás csökkentésére, a klimaktérium szindróma vasovegetatív tüneteinek kezelésére.

Hypertensiv encephalopathia, intermittáló vascularis cerebialis insufficientia, angiospasticus agyi kórképek, továbbá endarteritis cerebri.

Ischaemiás agyi károsodásokban előrehaladott agyi arteriosclerosisban a kollaterális keringés javítására.

Szemészetben az érhártya és ideghártya vascularis, elsősorban arteriosclerotikus, ill. angiospasmus okozta maculadegenerációk, partialis thrombosisok, érelzáródás következtében kialakuló másodlagos zöldhályog.

Fülészetben korral járó vascularis vagy egyes toxikus (gyógyszeres) halláscsökkenés, labyrinth eredetű szédülés.

Parenterálisan: kizárólag cseppinfúzióban. Neurológiai indikációban olyan akut, gócos ischaemiás cerebrovascularis kórkép, amelyben a vérzéses eredet biztonsággal kizárható.

ELLENJAVALLAT: Orálisan: terhesség.

Parenterálisan: Súlyos ischaemiás szívbetegségek, súlyos szívritmuszavarok. Terhesség.

ADAGOLÁS: Orálisan: Naponta 3×1 – 2 tabl., a fenntartó adag napi 3×1 tabl., hosszabb időn keresztül.

Parenterálisan: kezdő napi adag 20 mg lassú cseppinfúzióban (2 ampulla tartalma 500–1000 ml infúziós oldatban) infundálva. A továbbiakban a szokásos napi adag 30 mg/3 amp. tartalma 500–1000 ml infúziós oldatban), lassan cseppinfúzióban infundálva.

Amennyiben a beteg állapota szükségessé teszi – és a toleranciája megengedi – óvatosan emelve az adagot, a tizedik napon az infúzióban adott napi összmenyiség elérheti az 1 mg/tskg-ot. A készítmény iv. és im. nem alkalmazható.

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁS: Az eddigi tapasztalatok szerint a tabl. interakciót nem okoz, ezért kombinációs kezelésre is alkalmas. Az injekció heparinnal incompatibilis, ezért az infúziót olyan beteg nem kaphatja, aki heparin kezelésben részesül.

MELLÉKHATÁS: Kismértékű vérnyomásnövekedés, ritkán tachycardia, extrasystole fordulhat elő. Tartós kezelés esetén a vérképet ellenőrizni kell időnként.

FIGYELMEZTETÉS:

Parenterális alkalmazása során az ampulla sorbitol tartalma miatt diabeteses vércukorszintje a kezelés alatt ellenőrizendő.

MEGJEGYZÉS: ✱ A tableta csak vénre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető. Az injekció csak fekvőbeteg-gyógyintézeti felhasználásra van forgalomban.

CSOMAGOLÁS: 10 amp. (2 ml) 14,— Ft
50 tabl. 23,— Ft

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

A nemi differenciálódás mechanizmusának újabb szempontjai

Orvostovábbképző Intézet, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Góti István dr.)

A szerző a nemi differenciálódással kapcsolatos kutatásokról és elméletekről számol be az új eredmények tükrében. Rámutat a H—Y antigén jelentőségére a here kialakulásában és annak genetikai irányítására. Felhívja a figyelmet tesztoszteron és dihidrotesztoszteron receptorok szerepére a virilizációban, valamint az androgén rezisztencia következtében keletkező kórképekre. Rámutat arra, hogy a sexualis fejlődés a genetikai és a regulatív rendszerek közötti számos kölcsönhatáson alapul.

New viewpoints of sexual differentiation. The author reports on experimental research, and theories concerning sexual differentiation in the light of recent results. The significance of H—Y antigen in the formation of testicles is emphasized in addition to the role of genetic regulation. Importance of receptors specific for testosterone, and dihydrotestosterone during virilization is discussed. Anomalies also are summarized, which develop as a consequence of resistance to androgens. Attention is drawn to the fact, that sexual differentiation is directed by numerous interactions of genetic, and regulatory systems.

Az Orvosi Hetilap indulásának 125. évfordulójára, a szerkesztőség felkérésére írt tanulmány

A nemek kialakulásának kérdése az emberiség történetének kezdetére nyúlik vissza. A Genézis könyvének első fejezetében két emberi nem teremtéséről olvashatunk. Plátón „Symposium” című könyvében arról ír, hogy eredetileg nem két nem létezett, hanem három, a hím, a nőstény és a kettő egyesüléséből származó harmadik, az „androgynosz”. Mindhárom nem egyedei tömzsi, gömbölyded lények voltak, két arccal, amelyek ellentétes irányba tekintettek; két készlet karral, két készlet nemi szervvel. Ezek az ősi kettős férfiak, kettős nők és férfi-nő egyedek összeesküvést szőttek az Olympos istenei ellen és ezért Zeus haragjában kettévágta őket. Így Platón szerint a férfi és a nő különböző felelt mutatja az ősi egyedeknek.

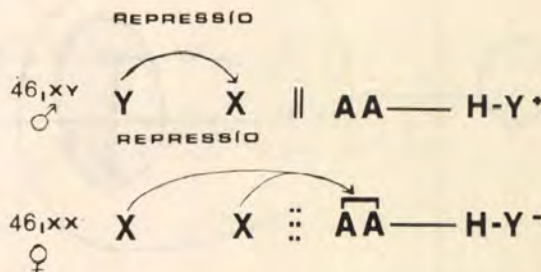
Az androgynosz fogalma a Talmudban is szerepel, ahol úgy jellemzik, mint bizonyos szempontból férfi, bizonyos szempontból női egyedet, más esetben sem férfihoz, sem nőhöz nem hasonlít. Kérdés volt az is évszázadokon keresztül, hogy mi az, aminek következtében egy újszülött hím, nő vagy androgynosz lesz?

A Sokratest megelőző filozófusok felvetik azt a lehetőséget, hogy mind a két szülő magot (ondót) termel és a gyermek nemét ezek relatív mennyisége határozza meg. Szerintük az intersexualitás az incomplet többlet következménye. Aristoteles azt írja, hogy a hím ondó a női menstruációs váladékkal lép kapcsolatba, és hogy a magzat neme a hőmérséklettől függ, amennyiben magasabb hőmérséklet esetén inkább fiú születik. Galenus szerint a jobb heréből származó ondó inkább fiú születését eredményezi, mivel a jobb here melegebb, mint a

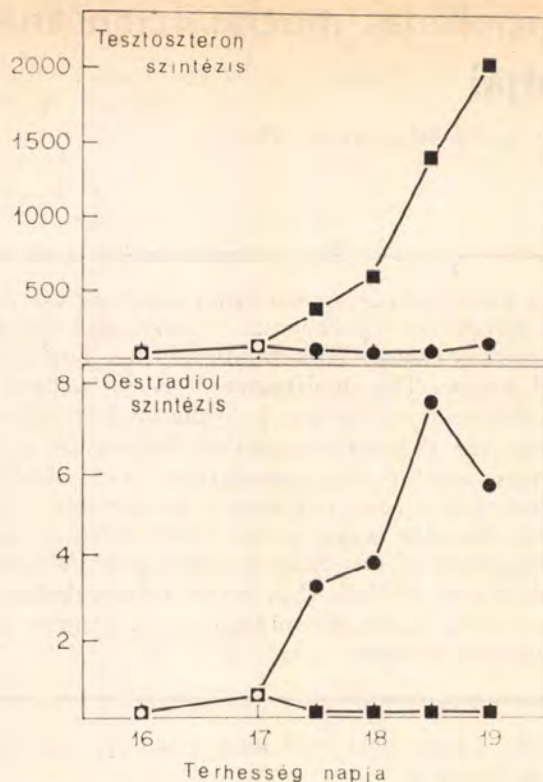
bal. Ez a jobb oldal-, bal oldal-elmélet hosszú ideig elfogadott volt.

A századfordulón, miután sikerült a spermiumot és a petesejtet elkülöníteni és a kromoszómákat identifikálni, a nemi determináció kérdése ismét felszínre került. McClung (10) ismerte fel először a kromoszómák jelentőségét a nemi determinációban. Szerinte egy ún. „járulékos kromoszóma” jelenléte szükséges a hím differenciációhoz. Ezzel megalapozta a nemi determináció XX/XY teóriáját, megállapítva azt is, hogy a Y-nal megtermékenyített peték hímekké fejlődnek, az X-szel megtermékenyítettek pedig nőkké.

Rovrik és Shettles (18) szerint többek között a nők alsó genitális traktus lúgos állapotának fokozódása a házaselet alatt növeli az Y-os spermiummal való megtermékenyítés lehetőségét. Kedvezőnek tartják a fiúnemzésben a gyakori szexuális együttlétet, valamint az együttlét időpontjának a megválasztását is. Jelentőséget tulajdonítanak az Y kromoszómát tartalmazó spermiumok gyorsabb mozgásának is. Előfordul azonban, hogy az XY nemi kromoszómával rendelkező embriók néha nőkké, az XX embriók pedig hímekké fejlődhetnek, és hogy mind az XY, mind az XX embriókból hermafroditák is képződhetnek. Szorosan vett értelemben tehát nem az Y kromoszóma determinálja a fér-



1. ábra: A H—Y rendszer Wolf által felállított génelmélete



2. ábra: A foetalis here és ovarum endocrin működésének megindulása nyúl embrióban. A hormon szintézis mindkét gonádban azonos időben indul meg. (Milwich és mtsai, 1977).

- = mindkét nem gonádjai
● = ovariumok
▲ = herék

fiasságot, hanem egy másik faktor, amely csak az utóbbi időben vált ismertté. Az elmúlt néhány év kutatásai alapján ennek az új faktornak a H—Y antigén bizonyult. A nemi determináció mechanizmusát a modern szemlélet tükrében a H—Y antigén működésének és genetikájának megismerésével érthetjük meg.

Eichwald és Silmsner (3) 1955-ben közölték azt a meglepő tényt, hogy egy beltenyésztett egértör-

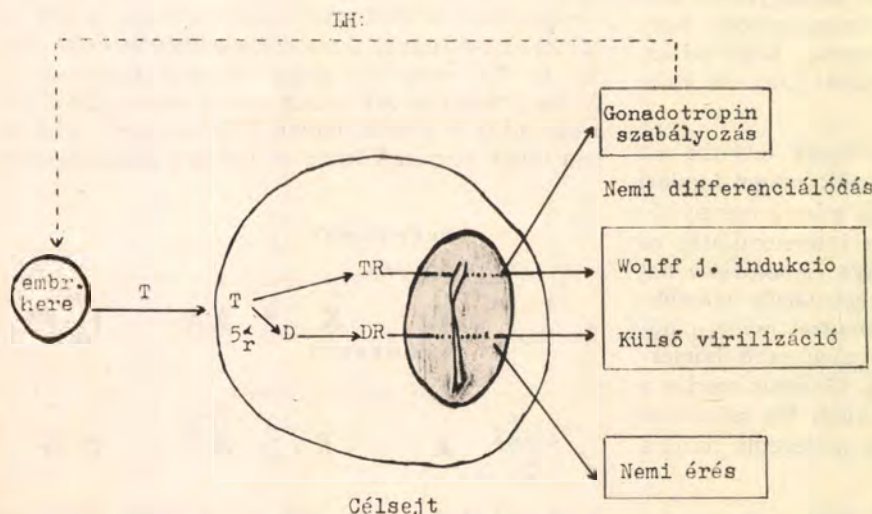
zson belül a hímek nőtényekbe átültetett bőrdrabja kilökődik. A kilökődést előidéző anyagot H—Y antigénnek (histocompatibility—Y) nevezték el. A H—Y antigén tudajdonképpen azt jelenti, hogy az Y kromoszóma adja az egyedüli genetikai differenciát (az inkompatibilitásnak egyedüli forrását) a hímek és a nőtények között.

A H—Y antigén jelentőségére a nemi differenciálódásban 20 évvel később Wachtel és mtsai (21) hívták fel a figyelmet, és azóta is ez az egyetlen olyan plazmamembrán komponens, amelynek szerepét az organogenezisben sikerült tisztázni.

A H—Y here organizáló szerepére szép bizonyítékkal szolgáltak Ohno és mtsai (14), akik a még differenciálatlan állapotban levő nőtény szarvasmarha embrionális gonádjait kezelték az antigénnel és 5 napos tenyésztés után abban herére jellemző struktúrákat tudtak azonosítani. Ezekből és hasonló kísérletekből következik, hogy a H—Y antigén korai embrionális hatásának módját illetően; csak annyit tudunk, hogy a hím embryo 8 sejt stádiumában már meghatározható (Kreo és Goldberg, [9]). A H—Y feltehetően polypeptid hormonhoz hasonlóan fejti ki hatását. Az antigén a gonád célsejtjeinek membránjához egy specifikus receptor révén kötődik, specifikus morphogenetikus változásokat hoz létre a célsejtekben arra készítve őket, hogy hereszövetet organizáljanak. Ez a specifikus receptor mindkét nem gonádjain megtalálható, így csupán a H—Y jelenlététől függ, hogy az indifferens gonádból here vagy petefészkek képződik.

Az érett here különböző sejtípusainak elemzésével Zenzes és mtsai (3) megállapították, hogy a H—Y antigént az egész élet folyamán a herében a Sertoli-sejtek termelik.

Már Müller és mtsai (12) arra a két tényre alapozva, hogy ez az antigén a férfiak legtöbb szövetében megtalálható (bár az extragonadális szövetekben az endogén úton termelt antigén a mikroglobulin—MHC dimerekhez kötődik) és nemcsak az embryogenezis kritikus időszakában, hanem az egész élet során folyamatosan termelődik, feltételezte, hogy a here kialakulásának indukálásán kívül más funkciója is van. Eicher és mtsai (2) sze-



3. ábra: A hím embrió virilizáló androgén hatás mechanizmusa. T: tesztoszteron; D: dihidrotesztoszteron; R: androgén receptor fehérje; A kóros állapotok kialakulásához az 5α reductaze enzim, az androgén receptor vagy a receptor pozitív rezisztencia károsodásai vezethetnek (Wilson és mtsai, 1981.)

A H—Y antigén összefüggése a nemi kromoszómák összetételével és a klinikai képpel

1. H-Y pozitivitás — here szövetek jelenléte

XY ép férfi
XXY Klinefelter syndroma
XX vagy XO férfi
XX valódi hermaphroditizmus
XX/XY férfi chimerizmus
XY testicularis feminizáció

2. H-Y negativitás — here szövetek hiánya

XX ép nő
XY csík gonád syndroma (H-Y forma)
XY campomeliás törpeség intersexualitással

3. H-Y pozitivitás — here szövetek hiánya

XY csík gonad dyndroma (H-Y forma)
XO Turner syndroma
XXp-; X,i(Xq) csík gonda syndroma

rint a H—Y antigén fontos szerepet tölt be a humán posztnatális fejlődésben is.

A H—Y antigént kimutatták sok más emlős fajnál is (22; 15), sőt, madaraknál, kételtűeknél (23), hüllőknél (29) és a halaknál is (13). Ezeknél a fajoknál minden esetben a heterogamétás nemnél találtak H—Y antigén pozitivitást. A H—Y molekula szerkezete rendkívül konzervatívnak bizonyult, mintegy 300 millió éven keresztül megőrizte eredeti szerkezetét. Emlősnél a H—Y antigén regulátor szerepét a nemi hormonok sem befolyásolják, sőt, nem tartozik egyetlen feed-back rendszer kontrollja alá sem. Alapvető szerepére jellemző, hogy bár normálisan csak az Y kromoszóma jelenlétében van H—Y pozitivitás, esetenként a nemi kromoszómák összetételétől függetlenül is kifejteti hatását. Ebből következik, hogy genetikai kontrolljában az Y kromoszómán kívül más kromoszómnak is részt kell venniük.

Ha abból a feltevésből indulunk ki, hogy a primitív gonád differenciálódása az Y által meghatározott H—Y antigén jelenlététől vagy hiányától függ, úgy a H—Y működését befolyásoló genetikai mutációknak a gonádfejlődés rendellenességeit, sex-reverziót, vagy intersexualitást kell előidézniük. A mutációk lehetnek génszintűek, vagy kromoszóma aberrációk. Az ilyen mutációkat hordozó egyének vizsgálata tette lehetővé, hogy közelebb jussunk a H—Y antigén működésének és genetikai kontrolljának megértéséhez. Az pl., hogy az X kromoszómának a monoszómiája (45,X) vagy rövid karjának hiánya (46,XXp-), vagy 46,X,i(Xq) kariotípus esetén tehát az Y kromoszóma hiányában is H—Y antigén pozitivitással találkozunk, azt bizonyítja, hogy a H—Y termelésért felelős struktúrgén nem az Y kromoszómán lokalizált. Az Y kromoszóma úgy tűnik, hogy csak a H—Y termelés indukciójáért felelős. A struktúrgén akár az X kromoszómán, akár valamelyik autosomán helyezkedhet el. Több humán vonatkozású családfavizsgálat, valamint más

emlősökön végzett kutatások az autosomális lokalizációt valószínűsítik (28).

A H—Y rendszer génelméletei közül Wolf hipotézise látszik a legelfogadhatóbbnak. E szerint az Y kromoszómán, mégpedig a rövid karon a centromér közelében elhelyezkedő induktorgén (17), az X kromoszómán ülő repressorgént elnyomva indirekt módon segíti elő a H—Y antigén termelésért felelős autosomális struktúrgén működését (27; 28) (1. ábra). Újabban egy gonádspecifikus H—Y antigén receptor működését irányító gént is feltételeznek. A gonád differenciálódásban beálló zavarok a H—Y rendszerben részt vevő gének különböző mutációi következtében léphetnek fel. Így az X-hez és Y-hoz kapcsolt kontrolláló géneknek, magának a H—Y struktúrgénnek, vagy a gonádspecifikus H—Y antigén receptor génjének a mutációi egyenként is differenciálódási zavart idézhetnek elő (táblázat).

A fentiekből látható tehát a H—Y antigén alapvető szerepe a nemi differenciálódásban. Az emberi foetális gonád H—Y antigén jelenlétében tehát herévé differenciálódik és H—Y antigén hiányában pedig belőle petefészek válik. A H—Y antigén azonban csak a gonád differenciáció idején fejti ki hatását. A további nemi fejlődést az embryonális hormonok, elsősorban a tesztikuláris hormonok indukálják, amelyekre mind az XY, mind az XX sejtek reagálnak.

Az emberi embriók mindkét nemben a terhesség első két hónapjában azonos módon fejlődnek, és csak ezen idő után válik szét a két nem fejlődése. Jost (8) alapvető vizsgálatai óta ismert, hogy a hímfejlődés az embrióban csak akkor jön létre, ha a foetális here speciális hormonokat termel. A későbbi vizsgálok a foetális here által termelt specifikus hormonokat próbálták identifikálni és megtalálni azt a kontroll mechanizmust, amely az embryonális fejlődés kritikus időpontjában ezen hormonok szekréciójának a mértékét irányítja. Így bepillantást nyerhettek az emberi szexuális fejlődés zavarainak pathogenezisébe is. A zavarok lehetnek egyszerű géndefektusoké, amelyek vagy a foetális here hormonjainak keletkezését, vagy sejtes működését befolyásolják.

Jost (8) megállapította, hogy az indifferens urogenitális traktus és a külső nemi szervek transformációja hím fenotípussá, a foetális here szekréciója által determinált. Ezen tézis kísérleti bázisát az a vizsgálat adta, amely szerint bármelyik nemben a fenotípus differenciációja előtt eltávolított gonádok esetében a differenciálódás a női fenotípus irányába alakul. E szerint a hím az indukált fenotípus, amelyben a testikuláris szekréció hatására kialakul a hím urogenitális traktus, míg a női differenciáció nem függ az ovarium jelenlététől, automatikus.

A hím fejlődéséhez a foetális here két szekretuma szükséges. Ezek a Müller-gátló anyag és a foetális androgén. A Müller-gátló anyag egy kb. 70 000 molekulasúlyú glykoprotein, a heretubulusok képezik, hatását csak férfiban fejti ki, és a Müller-vezeték regresszióját okozza (16). A Müller-vezeték

regressiója röviddel a heretubulusok differenciálódása után kezdődik, így a Müller-gátló anyag képződése jelenti az embryonális here első endokrin funkcióját. Hatásmechanizmusa nem ismert. Az, hogy a Müller-vezeték regressiója aktív folyamat egy humángenetikai betegséggel, a „Persistens Müller-vezeték szindrómá”-val bizonyítható (20). A betegségre jellemző, hogy a genetikailag és fenotipikusan férfinak a Wolff-cső származékai mellett tubái és uterus is van. A kórkép kialakulásában két tényező szerepelhet: vagy nem képződik Müller-gátló anyag, vagy a szövet képtelen a hormonhatásra reagálni. A Persistens Müller-vezeték szindrómának egyik jellegzetes tünete a hereleszállás kezdeti fázisának elmaradása, ami arra utal, hogy a Müller-gátló anyag komoly szerepet játszik a here scrotumba való leszállásában is.

A foetális here második fejlődési hormonja egy steroid. Ez a steroid hormon a tesztoszteron. Embrióban a foetális here röviddel a szövet differenciálódása és a Leydig-sejtek megjelenése után kezd tesztoszteront szintetizálni. Az embryonális tesztoszteronnak két alapvető funkciója van. Egyrészt lokálisan a heretubulusok érését segíti elő, másrészt sekretálódik a foetális keringésbe, ahol alapvető szerepet tölt be a hím genitális traktus kifejlődésében. Emberben öt különböző olyan genetikai defektus ismert, amelyek az embryogenezis során nem megfelelő tesztoszteron szintézis és inkomplett virilizáció következményei (25, 26). Mindegyik defektus egy-egy olyan enzim működéséhez kötött, amelyek a koleszterolnak tesztoszteronra való átalakulásához szükségesek (20-22-desmolase, 3 béta-hydroxysteroid dehydrogenase, 17-hydroxylase, 17, 20-desmolase, ill. 17 béta-hydroxysteroid dehydrogenase). Ezen betegségek mindegyikében a hím urogenitális rendszer hiányos virilizációja áll fenn. Az abnormalitás foka az enzim deficiencia súlyosságától függ. Az érintett férfiak a Wolff-vezeték virilizációjának elmaradása miatt női fenotípussal fejlődnek. Bizonyos esetekben a normálisnak tűnő férfi egyetlen rendellenessége a hypospadiasis. Az, hogy ezeknél az egyedeknél nincsenek tubák és uterus, arra utal, hogy a Müller-vezeték az embryogenezis során normálisan visszafejlődött, tehát Müller-gátló anyag termelődött, és hogy annak képződése független a tesztoszteron bioszintézistől.

Nyúlembryo kísérletekben sikerült kimutatni, hogy a hím genitális traktus virilizációja a 17–18. nap között indul, kb. a here differenciálódása után 1 nappal. Ugyanezen időben indul meg a tesztoszteron szintézis is, amit a 3 béta-hydroxysteroid dehydrogenase megjelenése indít el. Ugyanakkor azt is észlelték, hogy az ovarium is kezd oestrogen hormonokat termelni, pontosan abban az időben, mikor a tesztoszteron szintézis a herében megindul, tehát mielőtt az ovarium differenciálódása felismerhető lenne (2. ábra). Emberben is a terhesség 6–8. hete között jellegzetes endokrin-funkció indul meg egyidejűleg a herékben és az ovariumokban, tehát a herék és az ovariumok azonos időben szerzik meg képességüket arra, hogy a rájuk jellegzetes hormont elkezdjék termelni (5, 6). A nyúlki-

sérletek azt is kimutatták, hogy a terhesség 18. napján, tehát amikor a here differenciációja már előrehaladt, csak két eltérés ismerhető fel a steroidhormon szintézis menetében, az ovarium és a here között. Az egyik eltérés az, hogy kb. 50-szer több 3 béta-hydroxysteroid dehydrogenase képződik a herében, mint az ovariumban; a másik az, hogy a foetális ovarium képes a kis mennyiségű tesztoszteront, amely a szövetében képződött, oestradiollá alakítani, míg a here erre nem képes.

Felmerült az a kérdés is, hogy a steroidhormon képződés megindulásakor azok arányát, illetőleg mennyiségét mi irányítja? Más hormonok, elsősorban a gonadotropinok szerepére gondoltak ennek nyitásában. A kísérleti vizsgálatok arra utalnak, hogy a tesztoszteron-szintézis független a hypophysis hormonjainak, vagy más hormonok kontrolljától. Úgy tűnik, hogy a gonádoknak endokrin szervekké való differenciálódását magukban a gonádokban levő intrinszc tényezők irányítják. Ha ez az elképzelés helyes, az embryonális tesztisben és ovariumban a steroid-hormon szintézis autonóm. A fejlődés későbbi során a tesztoszteron képződés azonban minden fajban gonadotrop-dependens, tehát a hypophysis és a placenta hormonjainak indirekt befolyása alatt áll. Az a mechanizmus, amelylyel a gonád egy autonóm endokrin szövetből gonadotrop-dependenssé válik, még nem ismert (25).

A tesztoszteron (T) bioszintézis folyamán a hormon a célszövetekbe passzív diffúzió során kerül. A sejten belül az 5 α reduktase enzim segítségével dihidrotesztoszteronra (D) is átalakulhat. Mind a tesztoszteron, mind a dihidrotesztoszteron ezután ugyanahhoz az androgén receptor fehérjéhez (R) kötődik a plasmában. A hormon-receptor komplexusok (TR és DR) ezután a plasmából a sejtmagba jutnak, majd a magon belül a kromoszómák megfelelő részeihez kapcsolódnak (3. ábra).

Ismert az is, hogy bizonyos androgén effektusok a tesztoszteron, mások viszont a dihidrotesztoszteron hatására jönnek létre. Így kísérletes vizsgálatok alapján megállapítást nyert, hogy a tesztoszteron-receptor felelős a Wolff-járat virilizációjáért, míg a dihidrotesztoszteron-receptor komplexus az urogenitális sinus és a külső nemi szervek virilizációját indukálja az embryogenezis során. Hogy a tesztoszteron a felelős a Wolff-járat virilizációjáért és a dihidrotesztoszteron a külső nemi szervek virilizációjáért, különböző fajok embryóin az androgén-metabolizmus vizsgálatával dönt el (19).

E szerint a kóros virilizáció oka az androgén rezisztencia, amelynek három alapvető típusa van:

- a) a dihidrotesztoszteron képződés zavara;
- b) az androgén receptor rendellenessége;
- c) az androgén receptor kötődési zavara a sejtmagban.

A dihidrotesztoszteron képződés zavarát egy ritka emberi megbetegedésben az „5 α reduktáz hiány”-nak nevezett betegségben genetikai vizsgálatokkal is sikerült alátámasztani (24). A fenti kórkép kialakulása a tesztoszteronnak dihidrotesztoszteronra való átalakulásának zavarában keresendő. Oka lehet, hogy az 5 α reduktáz enzim mennyisége csökkent vagy normál mennyiségű, de

csökkent aktivitású, esetleg mind a mennyiség, mind az aktivitás vonatkozásában kóros. Az érintettek genetikailag férfiak, herékkel és női külső nemi szervekkel rendelkeznek. Megtalálhatók náluk az ép Wolff-csőből származó szervek (mellékhere, vas deferens, vesicula seminalis és ductus deference), amelyek azonban a vaginában végződnek. Az elváltozás egy autosomális recessív gén homozygota formában való megjelenésének a következménye, amely kóros szexuális fejlődést csak férfiakban hoz létre.

A hibás szexuális fejlődés másik oka az androgén-receptor zavarai kereshető. Egyik példája az egér Tfm-mutációja, amely emberben a „Tesztikuláris feminizáció” szindrómának megfelelő kórkép. Az érintettek herével rendelkeznek, ép tesztoszteron produkcióval, de fenotípusuk női, vakon végződő hüvellyel. A Müller-jarat elemei hiányoznak, ami arra utal, hogy a here Müller-regressiót irányító funkciója ép. Ezzel szemben minden olyan androgén hatás, amely a Wolff-jarat, az urogenitalis sinus és külső nemi szervek irányításában vesz részt, gátolt, mivel az érintettek az androgén behatásra rezisztensek, mind az embryonális, mind a postnatális életben. Sem a tesztoszteron, sem a dihydrotesztoszteron a plasma androgén-receptor protein hiánya miatt nem jut el a sejtmaghoz és így nem tud kapcsolódni a kromoszómákkal (4). Nemcsak az androgén-receptor hiánya válthat ki tesztikuláris feminizációt, hanem annak minőségi változása is. Így az endrogén-receptor két különböző molekuláris rendellenessége, mégpedig a hiány, vagy a minőségi változás emberben tesztikuláris feminizációs szindrómát eredményezhet. Hasonló okokra vezethető vissza egy másik X-hez kötött recessíven öröklődő megbetegedés, a „Reifenstein-szindróma”, amely a tesztikuláris feminizációhoz hasonló, de kevésbé súlyos kórkép. Az érintettek férfi-fenotípussal rendelkeznek, jellemző rájuk a hypospadiasis, az azoospermia és a gynecomastia. Ilyen esetekben az androgén-receptor mennyisége 50%-kal kevesebb a normálisnál (7). A partiális virilizáció mindenek szerint a maradék androgén-receptor hatás következménye. Az egyébként normál férfiak infertilitása, mely csökkent spermatermelés következménye, ugyancsak az androgén-receptor defektusában keresendő.

A fentiekből látható, hogy az 5 α redukáz enzimzavar és az androgén-receptor zavarai járó mutációk két csoportja ismeretes. Az egyik, amelyben az enzim-aktivitás, ill. az androgén-kötés a hiányos, a másik, amelyben az enzim-aktivitás, ill. a kötődés kimutatható, de a funkció minőségileg kóros. Mindez azt mutatja, hogy a rendellenességek ezen két molekulát kódoló gének elváltozásának a következményei és hogy az 5 α redukáz, valamint az androgén-receptor milyen jelentős szerepet játszik a normális hím fejlődésében.

Az androgén rezisztencia harmadik csoportjába sorolhatók azok az elváltozások, amelyeknél minden valószínűség szerint az androgének sejtmagban történő kötődése károsodott. Amrhein és mtsai (1) írták le egy 46,XY férfi esetét, aki ép herékkel rendelkezett, de fenotípusa a testikuláris

feminizációhoz volt hasonló. Mivel a betegnél mind a tesztoszteron, mind az 5 α redukáz enzim, valamint az androgén-receptor és a dihydrotesztoszteron mennyisége normális szinten mozgott, feltételezték, hogy az elváltozás oka csak a sejtmag nagy affinitású befogadó helyeinek károsodásában kereshető.

A tesztoszteron szintézissel és a tesztoszteron hatással szemben, amelyben egyes génmutációk kóros állapotokat idézhetnek elő, napjainkig nem sikerült kimutatni olyan génmutációkat, amelyek akár csökkent oesztrogén-szintézist, vagy az oesztrogén hatással szembeni rezisztenciát váltanának ki. Oesztrogén-szintézis mind hím-, mind női embrióban időszakosan aktiválódik, mégpedig mielőtt az implantáció az uterusfalban megtörténik. Ez az oesztrogén elengedhetetlenül szükséges az embryo implantálódásához és túléléséhez (6). Az oesztrogénhatás tehát magához az élethez szükséges. Ha mutáció akadályozná akár a szintézist, akár az oesztrogenekre való választ, blokkolódik az embryo implantációja és ez letális. Ezzel szemben az androgén hatás nem szükséges az embryo túléléséhez. A későbbi embryógenesis folyamán az embryonális ovariumban oestradiol-képződés indul meg még a definitív ovarium differenciálódása előtt és lehetséges, hogy a szövet differenciálódását legalábbis részben lokális oestradiol hatás váltja ki. Hogy az oesztrogénnek más szerepe is lenne, bármelyik nem fejlődésében, nem ismert. Normálisan az embryógenesis számos hormon jelenlétében történik, amelyek részben a placentából, az anyai keringésből, a foetális mellékveséből, a foetális heréből és minden valószínűség szerint magából a foetális ovariumból is származnak. Nem ismert, hogy ezek az anyagok miként befolyásolják a női fenotípus kialakulását, de valószínű, hogy ovariális hormonok is közrejátszanak a belső nemi szervek növekedésében és érésében, női egyednél az embryonális élet későbbi fázisaiban akkor is, ha a differenciációjában nem is játszanak szerepet.

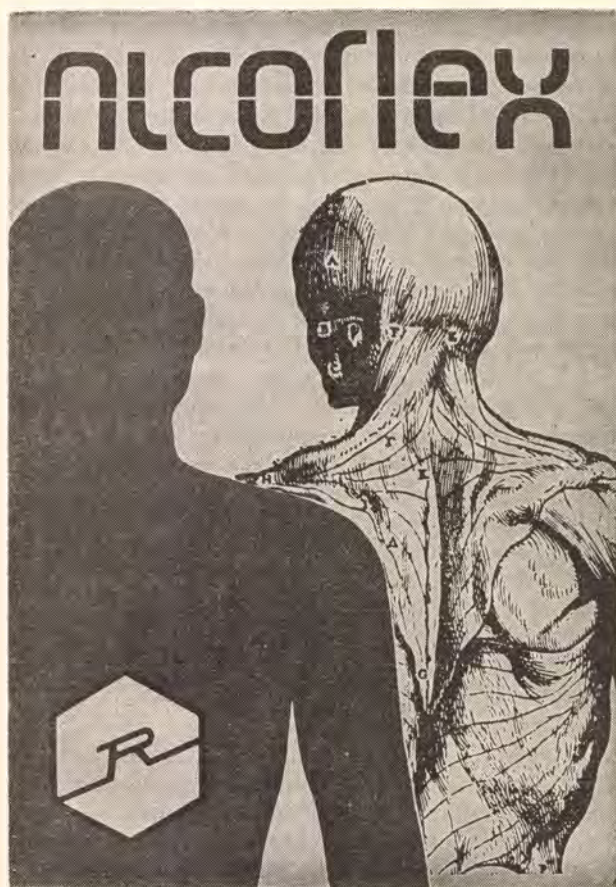
A fentiekből látható, hogy a nemi fejlődés sokkal komplexebb folyamat, minthogy azt a nemi kromoszómák összetétele egyedül meghatározhatná. A folyamatban számos gén működése játszik szerepet. A legfontosabb pontjai a folyamatnak, hogy a gonád fejlődést mind az autosomákon, mind az X és Y kromoszómákon elhelyezkedő gének determinálják, másrészt, hogy a hím- és fenotípus számos olyan génproduktum expressiójától függ, amely az androgén szintézis és az androgénhatás kifejtéséhez szükséges. A szexuális fejlődés tehát számos kölcsönhatáson alapul a genetikai rendszer és a regulátorrendszerek között.

Habár a nemek kialakulásának és a nemi determinációnak számos kérdése megoldottnak tűnik, még napjainkban is tisztázatlanok azok a mechanizmusok, amelyek a genetikai determinánsok és regulátor tényezők egymásra hatását kell irányítsák ahhoz, hogy a fenotipikus nem kifejlődését eredményezzék.

IRODALOM: 1. Amrhein, J. A. és mtsai: Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A. 1976, 73, 891. — 2. Eicher, W. és mtsai: Lancet. 1979, II, 1137. — 3. Eichwald, E.,

Silmser, C.: Transplant Bull. 1955, 2, 148. — 4. Gehring, U. és mtsai: Nature (London) 1971, 232, 106. — 5. George, F. W., Wilson, J. D.: J. Clin. Endocrinol. Metab. 1978, 47, 550. — 6. George, F. W., Wilson, J. D.: Science, 1978, 199, 200. — 7. Griffin, J. E., Wilson, J. D.: N. Engl. J. Med. 1980, 302, 198. — 8. Jost, A.: Johns Hopkins, Med. J. 1972, 130, 38. — 9. Krco, C. J., Goldberg, E. H.: Science, 1976, 193, 1134. — 10. McClung, C. E.: Biol. Bull. 1902, 3, 42. — 11. Milewich, L. és mtsai: Endocrinology 1977, 100, 187. — 12. Müller, U. és mtsai: Hum Genet. 1978, 45, 209. — 13. Müller, U., Wolf, U.: Differentiation 1979, 14, 185. — 14. Ohno, S. és mtsai: Rec. Prog. Horm. Res. 1979, 35, 449. — 15. Ohno, S.: Sex determining genes, Springer New York 1979. — 16. Picard, J. Y. és mtsai: Mol. Cell. Endocrinol. 1978, 12, 17. — 17. Rary, J. M. és mtsai: J. Hered.

1979, 70, 78. — 18. Rorvik, D. M., Shettles, L. B.: Your Baby's Sex: Now You Can Choose. 1970 New York. Dodd, Mead. — 19. Süsteri, P. K., Wilson, J. D.: J. Clin. Endocrinol. Metab. 1974, 38, 113. — 20. Sloan, W. R., Walsh, P. C.: J. Urol. 1976, 115, 459. — 21. Wachtel, S. mtsai: Cell. 1978, 15, 279. — 23. Wachtel, S. S. és mtsai: Nature 1975, 254, 270. — 24. Walsh, P. C. és mtsai: Nature, 1975, 257, 235. — 22. Wachtel, S. S. és mtsai: N. Engl. J. Med. 1974, 291, 944. — 25. Wilson, J. D.: Ann. Rev. Physiol. 1978, 40, 279. — 26. Wilson, J. D. és mtsai: Science 1981, 211, 1278. — 27. Wolf, U.: Oligozoospermia: Recent progress in Andrology. 1981. Raven Press New York. — 28. Wolf, U. és mtsai: Hum. Genet. 1980, 54, 149. — 29. Zaborski, P. és mtsai: Comptes Rendus Acad. Sci. Paris. 1979, 288, 351. — 30. Zenses, M. T. és mtsai: Hum. Genet. 1978, 45, 297.



kenőcs

V OOO Antirheumatica
mV 200 Nem glucocorticoidok

ÖSSZETÉTEL:

1 tubus (50 g) 0,0075 g capsaicinum-, 0,05 g aetheroleum lavendulae-, 1 g aethylum nicotinicum-, 4,5 g aethylenglycolum salicylicum hatóanyagot tartalmaz lemosható kenőcsben.

JAVALLATOK:

Arthrosis (osteoarthrosis), myalgia, spondylarthrosishez csatlakozó neuralgiák, krónikus polyarthrit (rheumatoid arthritis), egyéb arthritisek, tendovaginitisek megnyugodott szakában. Sportolóknak bemelegítéskor.

ELLENJAVALLAT:

Minden gyulladásos állapot.

ALKALMAZÁS:

A kívánt testfelületet langyos szappanos vízzel lemossuk, szárazra töröljük, és a kenőccsel vékonyan bekenjük. Izületi megbetegedésekben a kezelést 3 napon át egyszer, majd azt követően naponta kétszer (reggel és este) végezzük. Bemelegítés céljából a kenőcsből 4–5 cm csíkot a sportoló gyulladások a bőrbe dörzsölünk.

MELLÉKHATÁSOK:

Esetleg bőrtúlérzékenység, mely antihisztaminokkal kedvezően befolyásolható.

FIGYELMEZTETÉS:

Az egész bőrfelület egyszerre történő kezelése tilos. A kenőcsöt csak ép és tiszta bőrfelületen szabad használni. Bekenés után a kezét meleg vízben, szappannal gondosan meg kell tisztítani. Bedörzsölés után a bőr kipirulása, átmelegedése s ezzel egyidejűleg csípős, égető érzés jelentkezik, mely kb. 1 óra elteltével fokozatosan megszűnik. Friss sérülésre alkalmazni nem szabad.

MEGJEGYZÉS:

Vény nélkül is kiadható.

CSOMAGOLÁS:

50 g-os tubus

TÉRÍTÉSI DÍJ:

5,— Ft/tubus

DAVID KAROLY DR.
ÉS HALMY LÁSZLÓ DR.

A hepatitis A vírus ellenanyag (anti-HAV) vizsgálata idült, diffúz májbetegségekben

BM Korvin Ottó Kórház és Intézményei
I. Belgyógyászati Osztály (főorvos: Halmy László dr.)

A szerzők 175, kórszövettanilag is igazolt, idült, diffúz májkárosodásban szenvedő beteg, valamint 67 kardiális dekompenzáció, diabetes mellitus, arteriosclerosis miatt kezelt beteg, ill. 118 egészséges, 30 évesnél fiatalabb sportoló szérumában radioimmunoassay-vel HAVAB (Abbott) készlettel vizsgálták a hepatitis A vírusellenanyag (anti-HAV) előfordulását. A hepatitis A vírusfertőzés hazánkban is rendkívül elterjedt, mivel az anti-HAV az esetek nagyobb részében kimutatható volt. Megállapítható, hogy a hepatitis A vírusfertőzés az esetek többségében tünetmentesen zajlik le, mivel a vizsgált anti-HAV pozitív betegek mindössze 11,4%-ának az anamnézisében szerepelt akut hepatitis. Az életkor előrehaladásával a hepatitis A vírusfertőzés gyakorisága növekszik, idősebb korban a vizsgált betegek 100%-ában igazolható volt a hepatitis A vírusfertőzés-átvérszeltség. Az eredmények nem szólnak amellett, hogy a hepatitis A vírusfertőzés szerepet játszik az idült, diffúz májbetegségek kialakulásában.

Study of hepatitis A virus antibody (anti-HAV) in chronic diffuse hepatopathies. The occurrence of anti-HAV was studied in the serum of 175 patients with histopathologically verified chronic diffuse hepatopathy and in that of 67 patients with cardiac decompensation, diabetes mellitus and arteriosclerosis as well as in the serum of 118 healthy controls (sportsmen under 30 years of age) using radioimmunoassay (HAVAB, Abbott). It was stated that hepatitis A virus infection is widespread in Hungary as the anti-HAV could be detected in the majority of the controls and of hepatopathies, too. The disease takes its course generally symptom-free; acute hepatitis occurred only in 11,4% of the anti-HAV-positive patients. It was further observed that hepatitis A virus infection is more frequent in aged people; 100% of the patients examined were infected by this virus. The results do not suggest, however, that the hepatitis A virus infection might be responsible for the development of chronic diffuse hepatopathies.

Az A vírus által okozott hepatitis régóta ismert megbetegedés, sőt, a vírusfertőzés transmissiója is több évtizede bizonyítható volt (2). Ennek ellenére a hepatitis A vírussal kapcsolatos ismereteink csak az utóbbi években fejlődtek jelentősen. A hepatitis A vírus 1973-ban felfedezett immunelektronmikroszkópos kimutatása (3) óta számos eljárást dolgoztak ki a hepatitis A vírus és ellenanyag (továbbiakban: anti-HAV) vizsgálatára (4, 6, 10, 11, 13, 16, 17). Az ezt követően történt vizsgálatok bizonyították, hogy a hepatitis A vírusfertőzés világszerte rendkívül elterjedt, a vizsgált személyek 17–97%-ának szérumában volt az anti-HAV kimutatható (5, 7, 22, 24). Az anti-HAV hazai előfordulásáról adatot még nem publikáltak, azonban a szomszédos Jugoszláviában az anti-HAV pozitivitás 97% (24), Ausztriában 70% (19). A hepatitis A vírusfertőzés többnyire tünetmentesen zajlik le, ugyanis az anti-HAV pozitív személyek anamnézisében csak az esetek 3–10%-ában szerepel hepatitis (5, 23). Az A vírusfertőzés a rossz szociális körülmények között élő populációkban, vagy zárt

közösségben lényegesen gyakrabban fordul elő, mint jó hygiénés körülmények között (23, 25).

A krónikus hepatitis A vírus-hordozást ez ideig nem sikerült igazolni (18, 23), azonban az újabban bevezetett májszövet immunfluorescens vizsgálata, valamint az IgM-anti-HAV radioimmunoassay meghatározások alapján úgy tűnik, hogy az A vírusfertőzés lényegesen hosszabb ideig fennállhat, mint azt korábban hitték (4, 11). Az akut A vírus-hepatitis az esetek többségében teljesen gyógyul (12, 15), azonban ritkán előfordulhat, hogy a kóros laboratóriumi leletek az akut szak után több hónappal sem normalizálódnak, továbbá akut A vírus-hepatitis után krónikus hepatitis kialakulását is leírták (14, 15, 21).

Utóbbi adatokra, valamint a hepatitis A vírusfertőzés rendkívüli gyakoriságára tekintettel a következő kérdéseket vizsgáltuk:

1. Az életkor előrehaladásával változik-e a hepatitis A vírusfertőzés-átvérszeltség előfordulása?
2. Milyen arányban igazolható a hepatitis A vírusfertőzés-átvérszeltség az idült, diffúz májbetegségek különböző fajtáiban?

1. táblázat. A betegek megoszlása életkor és diagnózis szerint

DIAGNÓZIS	ÉLETKOR (év)						ÖSSZESEN
	20 alatt	20–29	30–39	40–49	50–59	60 felett	
Steatosis	0	3	8	29	18	2	60
Krónikus perzisztáló hepatitis	1	1	3	9	11	4	29
Krónikus aktív hepatitis	0	1	4	9	8	5	27
Cirrhosis	0	0	2	10	11	12	35
Egyéb-	1	5	6	7	3	2	24
ÖSSZESEN	2	10	23	64	51	25	175
Kontroll	118	11	11	19	33	192	

-alkoholos hepatitis, subakut hepatitis, nem specifikus reaktív hepatitis

3. Megállapítható-e összefüggés a hepatitis A vírusfertőzés és az idült, diffúz májbetegségek kialakulása között?

Betegek és módszer

Vizsgálatainkat 175 idült, diffúz májkárosodásban szenvedő betegen végeztük, akiknek diagnózisát minden esetben kórszövettani vizsgálattal is megerősítettük. A betegek diagnózis és kor szerinti megoszlását az 1. táblázat mutatja. A kontroll csoportot 67 kardiális dekompenzáció, diabetes mellitus, arteriosclerosis stb. miatt kezelt 30–80 éves kórházi beteg, illetve 118 egészséges, 30 évesnél fiatalabb sportoló alkotta. A kontroll csoport kor szerinti megoszlását ugyancsak az 1. táblázatban mutatjuk be.

Az anti-HAV-t radioimmunoassay-vel Abbott gyártmányú HAVAB készlettel határoztuk meg. Az eljárás az ún. kompetitív radioimmunoassay elvén alapszik. A vizsgálat elvét az 1. ábrán mutatjuk be. A készlet hepatitis A-vírussal bevont műanyag golyókat tartalmaz, melyeket 0,01 ml vizsgált savóval, illetve 0,2 ml ¹²⁵J-dal jelzett antitesttel (anti-HAV) 20 órán át szobahőmérsékleten inkubálunk. Amennyiben a vizsgált savó az anti-HAV-t tartalmazza, a jelzett antitest nem tud kötődni az antigénhez és a golyók radioaktivitása alacsony lesz. Negatív esetben a jelzett antitest kötődik a golyók felszínén. 5–5 ml desztillált vízzel történő kétszeri mosás után a golyók radioaktivitását mértük. Pozitívnak azok a savók tekinthetők, melyek esetében a radioaktivitás kisebb, mint a (negatív kontroll savók átlaga + pozitív kontroll savók átlaga): 2 hányados. Ismételt meghatározást 10 esetben végeztünk, álpozitív eredményt egyetlen esetben sem észleltünk.

2. táblázat. Az anti-HAV pozitivitás előfordulása a kontroll csoportban életkor szerint

év	30alatt	30–39	40–49	50–59	60 felett
n	118	11	11	19	33
pozitív (n)	7	7	11	19	33

Látható, hogy az anti-HAV pozitívítás 30 éves kor alatt csak elvétve fordul elő, 30–39 éves kor között növekvő gyakoriságot mutat, ezzel szemben az idősebb életkorokban a hepatitis A vírusfertőzés átvészelttség (anti-HAV pozitívítás) minden egyes vizsgált esetben bizonyítható volt.

3. táblázat. Az anti-HAV pozitívítás előfordulása idült, diffúz májbetegségekben

	pozitív (n)
steatosis (n=60)	56
krónikus perzisztáló hepatitis (n=29)	24
krónikus aktív hepatitis (n=27)	25
cirrhosis (n=35)	35
egyéb (n=24)	20
összesen (n=175)	160 (91,4%)

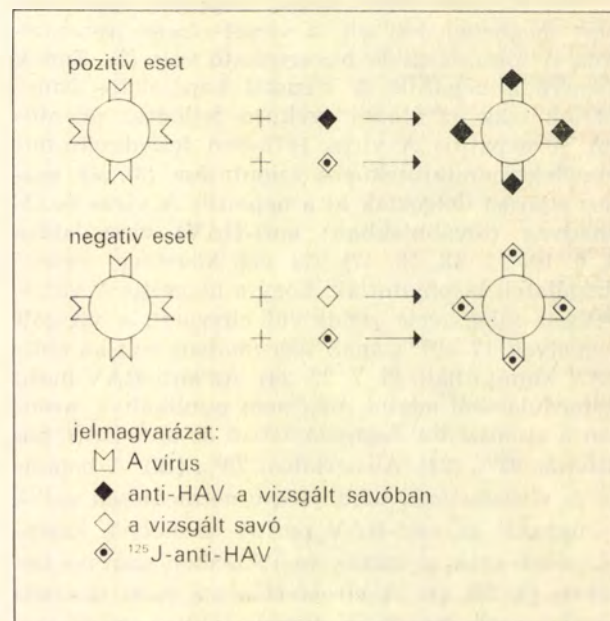
Látható, hogy valamennyi vizsgált kórképben az anti-HAV pozitívítás előfordulása egyformán gyakori. Mindössze 15 anti-HAV negatív esetet észleltünk.

Eredmények

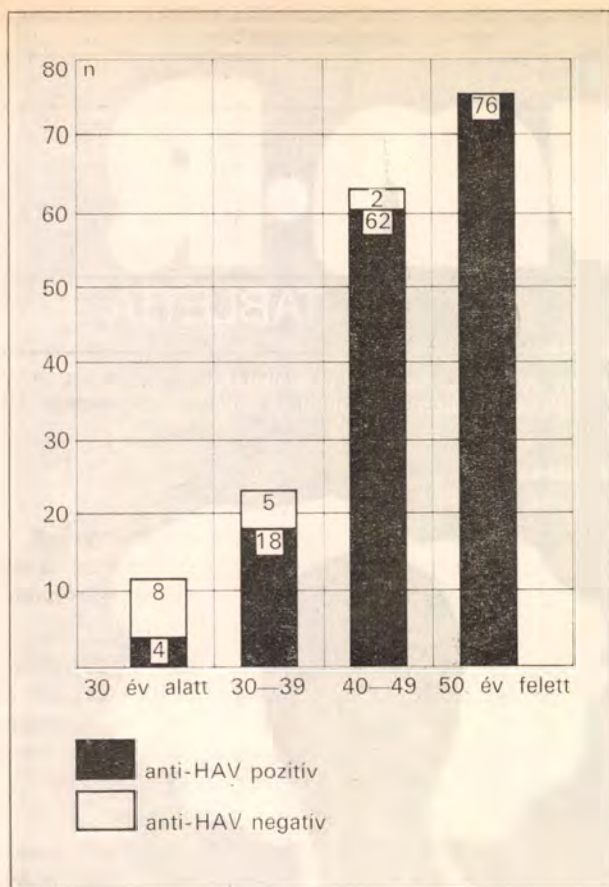
A kontroll csoportban nyert eredményeket a 2. táblázatban mutatjuk be. Látható, hogy az anti-HAV pozitívítás előfordulása az életkor előrehaladásával nő.

Az anti-HAV pozitívítás előfordulását a 3. táblázatban mutatjuk be. Az anti-HAV pozitívítást a 175 vizsgált beteg 91,4%-ában, azaz 160 esetben észleltük. Látható, hogy valamennyi vizsgált kórképben igen nagy arányban volt az anti-HAV a sérumból kimutatható.

A betegek anamnézisében szereplő akut hepatitis gyakoriságát vizsgálva megállapítottuk, hogy a 160 anti-HAV pozitív beteg közül mindössze az esetek 11,4%-ában, azaz 20 esetben szerepelt akut hepatitis. A 15 anti-HAV negatív beteg anamnézisében akut hepatitis egyetlen esetben sem volt. Az anti-HAV pozitívítás életkor szerinti megoszlását a 2. ábrán mutatjuk be. A kontroll csoporthoz hasonlóan látható, hogy az anti-HAV pozitívítás előfordulása különböző életkorokban lényegesen eltér.



1. ábra: A hepatitis A-vírus antitest (antiHAV) kimutatása HAVAB (Abbott) RIA készlettel



2. ábra: Az anti-HAV pozitívitas előfordulása életkor szerint idült, diffúz májbetegségekben

Megbeszélés

A kontroll csoport és az idült, diffúz májkárosodásban szenvedő betegek, továbbá az egyes vizsgált betegcsoportok között az anti-HAV pozitívitas, azaz a korábbi hepatitis A vírusfertőzés előfordulása lényegében nem különbözött. Hasonló eredményre jutottak Lindberg és mtsai (8), valamint Renner és mtsai (19) krónikus aktív hepatitiszes betegek és véradók vizsgálata során. A vizsgált betegek mindössze 11,4%-ának az anamnézisében szerepelt akut hepatitis, így az irodalmi adatokkal (5, 23) egyezően megállapíthatjuk, hogy a hepatitis A vírusfertőzés az esetek többségében klinikai tünetet nem okoz. Az általunk alkalmazott anti-HAV meghatározás nem nyújt lehetőséget annak eldöntésére, hogy a szérumban kimutatható ellenanyag IgG, vagy IgM természetű-e. Ez azért lenne fontos, mert az IgM-anti-HAV jelenléte a szérumban aktuálisan fennálló hepatitis A vírusfertőzést jelez, míg az IgG-anti-HAV korábbi vírusfertőzésre utal (1, 9). Az érzékeny IgM-anti-HAV radioimmunoassay meghatározások bevezetése óta tudjuk, hogy az esetek egy részében az A vírusfertőzés után 6-12 hónappal az IgM-anti-HAV még kimutatható (4, 20). Ennek ellenére ez ideig nem sikerült krónikus hepatitis A vírus hordozó állapotot igazolni, illetve a hepatitis A vírusfertőzés és az idült májkárosodások összefüggését bizonyítani (12, 18, 26).

Anyagunkban az anti-HAV pozitívitas, azaz a hepatitis A vírusfertőzés-átvétselttség az életkor

előrehaladásával nőtt. Azonos megfigyelésről hazánkhoz hasonló szociális körülmények között élő európai, illetve észak-amerikai beteganyagban számos szerző beszámolt (5, 22, 23, 27). A rossz higiénés viszonyok között élő populációkban, vagy zárt közösségekben a hepatitis A vírusfertőzés-átvétselttség már fiatal korban nagyarányú és ez az idősebb életkorban alig változik (5, 23, 24, 25).

Az ismertetett eredmények alapján a következő megállapításokat tehetjük:

1. Az életkor előrehaladásával a hepatitis A vírusfertőzés-átvétselttség növekszik, idősebb korban a vizsgált betegek 100%-ának korábbi hepatitis A vírusfertőzése bizonyítható.
2. A hepatitis A vírusfertőzés hazánkban is rendkívül elterjedt, a fertőződés az esetek többségében tünetszegényen zajlik le. A kontroll csoport és az idült, diffúz májkárosodásban szenvedő betegek korábbi hepatitis A vírusfertőződésének aránya nem különbözött, így feltételezhető, hogy az A vírusfertőzés nem játszik szerepet az idült, diffúz májbetegségek kialakulásában.

Köszönetnyilvánítás:

A radioimmunoassay vizsgálatok végzéséért Erdélyi Istvánné és Lászlóné Kovács Gizella vegyésztechnikusoknak, a kórszöveti vizsgálatok elvégzéséért Kelemen János Tibor dr. és Stotz Gyula dr. főorvosoknak köszönetünket fejezzük ki.

IRODALOM: 1. Bradley, D. V. és mtsai: J. Clin. Microbiol. 1977, 5, 521. — 2. Cossart, Y. E.: The virus hepatitis A. In: Virus hepatitis and its control. Baillière Tindall, London, 1977, 119. old. — 3. Feinstone, S. M. és mtsai: Science, 1973, 182, 1026. — 4. Flehmig, B. és mtsai: J. Infect. Dis. 1979, 140, 169. — 5. Froesner, G. és mtsai: Schweiz. Med. Wschr. 1977, 107, 129. — 6. Hollós, I. és mtsai: Acta Microbiol. Acad. Sci. Hung. 1975, 22, 169. — 7. Lehman, N. I., Gust, I. D.: Med. J. Aust. 1977, 2, 731. — 8. Lindberg, J. és mtsai: Scand. J. Gastroent. 1978, 13, 525. — 9. Locarnini, S. A. és mtsai: Intervirology, 1977, 8, 309. — 10. Mathiesen, L. R. és mtsai: J. Clin. Microbiol. 1978, 7, 184. — 11. Mathiesen, L. R. és mtsai: Gastroenterology, 1979, 77, 623. — 12. Mathiesen, L. R. és mtsai: Scand. J. Gastroent. 1980, 15, 49. — 13. Müller, W. J. és mtsai: Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 1975, 149, 254. — 14. Mosley, J. W., Galambos, J. T.: Viral hepatitis. In: Diseases of the liver. Ed: Schiff, L., Lippincott, Philadelphia, Toronto, 1975, 500. old. — 15. Norkrans, G. és mtsai: Scand. J. Infect. Dis. 1979, 11, 259. — 16. Provost, P. J. és mtsai: Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 1975, 148, 962. — 17. Purcell, R. H. és mtsai: J. Immunol. 1976, 116, 349. — 18. Rakela, J. és mtsai: Gastroenterology, 1978, 74, 879. — 19. Renner, F. és mtsai: Z. Gastroent. 1979, 17, 106. — 20. Roggendorf, M. és mtsai: J. Med. Virol. 1980, 5, 47. — 21. Routenberg, J. A. és mtsai: Gastroenterology, 1973, 69, 859. — 22. Stadelman, W. és mtsai: Schweiz. Med. Wschr. 1980, 110, 975. — 23. Szmuness, W. és mtsai: New Engl. J. Med. 1976, 295, 755. — 24. Szmuness, W. és mtsai: Am. J. Epidemiol. 1977, 106, 392. — 25. Szmuness, W. és mtsai: J. Amer. Med. Ass. 1977, 237, 1702. — 26. Szmuness, W. és mtsai: Ann. Int. Med. 1977, 87, 8. — 27. Vogten, A. J. M. és mtsai: Neth. J. Med. 1979,

Kálium-R

N 400 ● Aqua et sales minerales

TABLETTA

A Kálium-R tablettát alkalmas az endokrin, ill. nem endokrin okból bekövetkező hipokaliémia megszüntetésére. A kívánt intra- és extracelluláris káliumszintet a megfelelő adagolás mellett fenntartja, az ionháztartás stabil marad. A Kálium-R tablettát egyenletes, nyújtott hatóanyagleadást biztosít. A bélben helyileg mindig alacsony a káliumklóríd koncentráció, s így kiküszöböli a poralakban vagy oldatban történő káliumbevitel esetén fellépő gyomor-bélnyálkahártyára káros mellékhatást, ritkán okoz hányingert vagy hányást.

Összetétel:

1000,00 mg kálium-chloratum (=524,44 mg K^+ = 13,3 mmol K^+) tablettánként.

Javallatok:

Hipokaliémiát okozó állapotokban — hányás, hasmenés; mellékvesekéreg hiperfunkció, renális eredetű fokozott káliumvesztés (krónikus veseelégtelenség kompenzációs polyuriás retenció nélküli stádiuma), vizelethajtók-, digitális-, kortikoszteroid-kezelés — a káliumhiány megelőzése, ill. megszüntetése.

Ellenjavallatok:

Akut veseelégtelenség oligo-anuriás uraemiás stádiuma, krónikus veseelégtelenség retenció, uraemiás stádiuma; mechanikusan akadályozott vagy organikus, ill. funkcionális okok miatt lelassult gyomor-bélműködés.

Adagolás:

Az alapbetegségtől és a szérumban kálium-szinttől függően naponta 1—2 tablettát. Súlyosabb káliumvesztéses esetekben naponta 4—6 tablettát.

Mellékhatások:

Hiperkaliémia (csökkent veseműködés esetén)
Hányás, hasmenés, meteorizmus, véres széklet.

Figyelmeztetés:

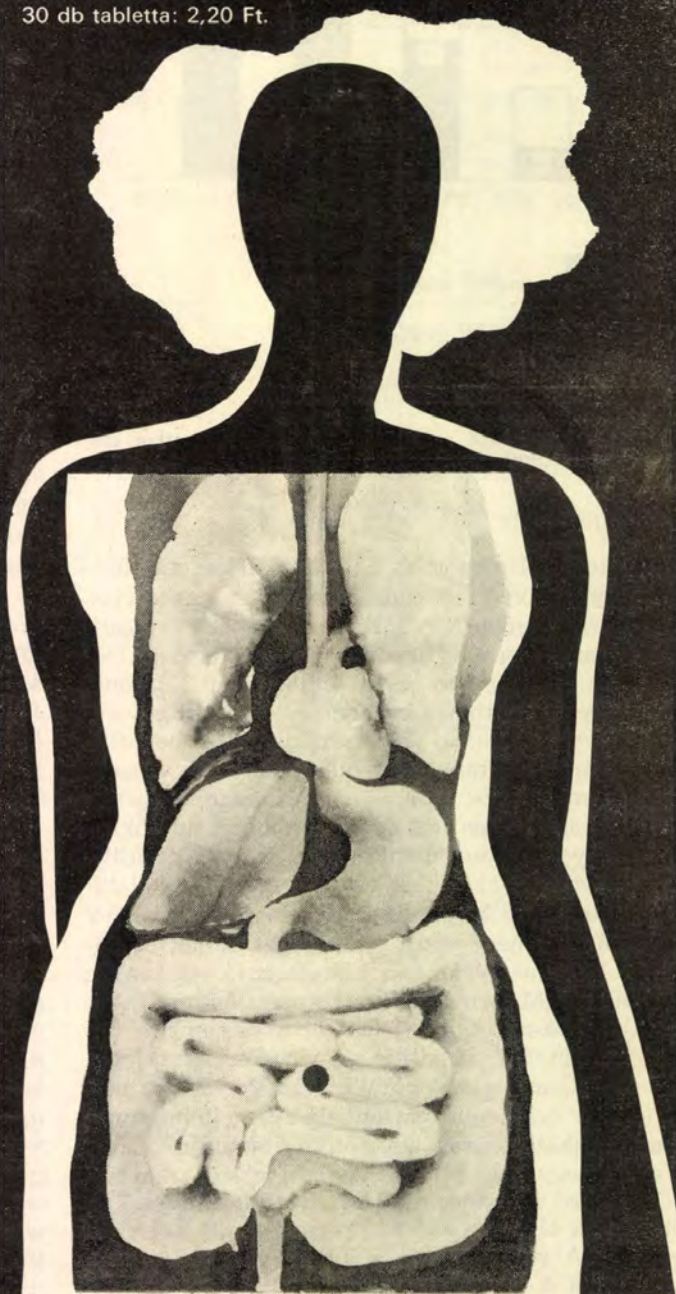
A tablettákat a reggeli étkezés után, szétrágás nélkül, kevés vízzel célszerű bevenni. Magasabb napi adagok 4—6 tablettát — alkalmazása esetén rendszeres szérumban kálium-szint és időnkénti EKG-ellenőrzés szükséges. Mellékhatások jelentkezése esetén adagolását meg kell szüntetni.

Megjegyzés:

Csak vénre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

Csomagolás:

30 db tablettát: 2,20 Ft.



Forgalomba hozza:

ALKALOIDA VEGYÉSZETI
GYÁR,
TISZAVASVÁRI

SZABÓ LAJOS DR.,
SOMOGYI CSILLA
ÉS SZÖNYI LÁSZLÓ DR.*

Szűrővizsgálatok primer hyperlipaemiára myocardiális infarctuson átesett szülőkben és utódaikban

Országos Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Intézet (igazgató: Schuler Dezső dr.)
Anyagcsere Szűrővizsgáló Állomás és Gondozási Központ (főorvos: Szabó Lajos dr.)

A szerzők 55 éves kor előtt myocardiális infarctuson átesett budapesti szülőkben és utódaikban primer hyperlipaemia felderítésére végeztek szűrővizsgálatot és adatokat gyűjtöttek a betegség családi halmozódásához. A beteganyag 150 szülőből és 309 utódból állt, átlag életkoruk 46,5 év, illetve 23,3 év volt. 63 utód 39 szülője a vizsgálat időpontjáig újabb infarctusban elhalt. A betegség halmozódását a korspecifikus populációhoz képest legalább hatszorosan találták. Az index pácienseket élő férfiak (128) és nők (22), valamint elhunytak (39) csoportjára osztva, ez utóbbiakban találták legmagasabbnak a hyperlipaemiás utódok (24) százalékos megoszlását, a családi halmozódást és a hyperlipaemiás családok gyakoriságát. 75 családból származó 100 utódban észleltek zsíranyagcsere-zavart, melynek típusmegoszlása: 76% II/a, 13% II/b, 11% IV. típus.

Primary hyperlipaemia screening in parents suffered myocardial infarction and in their offsprings. A series of screening was carried out in parents suffered myocardial infarction before the age of 55 years and in their progenies in order to detect primary hyperlipaemia, collecting data — at the same time — on the familial occurrence of the disease. A total of 150 parents and 309 offsprings were examined (mean age: 46,5 and 23,3 years, resp., all with Budapest residence). 39 parents with 63 progenies had died of a subsequent infarction before the investigation started. The occurrence of the disease was found to be about six-fold in comparison with the age-specific population. Dividing the index patients into 3 groups (living male: 128, living female: 22, deceased: 39) it was stated that percentage distribution, familial occurrence and frequency of hyperlipaemia in the families of deceased were the highest (24) in progenies with hyperlipaemia. In 100 offsprings from 75 families lipometabolic disturbance was observed: distribution by type being IIa in 76%, IIb in 13% and IV. in 11%.

Közismert, hogy az elmúlt évtizedekben az iparilag fejlett országokban a cardiovascularis (CV) betegségek vezető halálteki tényezővé váltak. Egyik leggyakoribb manifesztációjuk, az akut myocardiális infarctus (AMI) morbiditása és mortalitása foko-

zatosan az 55 év alatti életkor felé tolódik el (10, 39, 65). Hazánkban e tendencia az 1960-as évek végétől változatlanul tart (7).

A gyermekgyógyászat a betegség ijesztően növekvő népegészségügyi jelentősége ismeretében már az 1960-as évek elejétől (51), még inkább az 1970-es évek végétől egyre inkább hangot adott annak a meggyőződésének, hogy a felnőttek egészsége érdekében e területen is megelőző tevékenységet kell vállalnia (31). Több nemzetközi kongresszus, szimpózium és epidemiológiai vizsgálat, részben a WHO intenciói alapján állást foglalt az atherosclerosis, közelebbről az AMI néhány fontosabb rizikó-faktora elleni, már gyermek- és serdülőkorban kezdett „küzdalem” mellett (8, 39, 45, 58, 63).

Klinikai, genetikai jellegű tanulmányunk célkitűzése az volt, hogy hazai beteganyagban az egyik elsődleges major rizikófaktor, a primer hyperlipaemia (továbbiakban HL) várható családi halmozódásának vizsgálata révén adatokat gyűjtsünk annak gyakoriságára, jelentőségére vonatkozóan.

- CV = cardiovascularis
- AMI = acut myocardiális infarctus
- HL = hyperlipaemia
- TC = össz-cholesterin
- TG = triglicerid
- LP = lipoproteinek
- FH = familiális hypercholesterinaemia
- HDL = high density lipoprotein
- LDL = low density lipoprotein
- VLDL = very low density lipoprotein
- CHD = coronary heart disease

* Jelenlegi munkahely: Szentendre Városi-Járásai Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézmény.

1. táblázat. **Az 55 év alatti, AMI-n átesett betegek (szülők) elsőfokú rokonságában előforduló AMI gyakorisága és a letális kimenetelű AMI kialakulásának időpontja**

AMI-n átesett szülők	n	Elsőfokú rokonság				Családok száma elsőfokú AMI-s rokonokkal, a nevezőben a %
		Apa 189	Anya 189	Fivér 179	Nővér 201	
Nők	22	2 (47,5)	4 (63)	2 (54)	2 (59)	6
Férfiak	128	16 (63,8)	9 (65,2)	13 (46,6)	4 (51,3)	30 23,4
Elhunytak	39 (47,4)	15 (55)	5 (61,8)	5 (48,2)	1 (67)	21

Zárójelben az átlag életkor exituskor

Vizsgálataink

Anyag és módszer

1977. szeptember 1-től 1980. július 1-ig két budapesti kórház 7 belgyógyászati osztálya, a Semmelweis OTE egyik belgyógyászati klinikája kórlapjai, valamint a dél-pesti Infarctus Regiszter adatai alapján folyamatosan 1080 értékesítést küldtünk ki AMI-n átesett 55 év alatti férfi- és nőbetegeknek, kérve, hogy gyermekeikkel együtt, reggel, éhgyomorra laboratóriumunkban jelenjenek meg. AMI-uk általában két évvel, de legalább fél évvel vizsgálatunk előtt zajlott le. A behívott betegekben secunder HL-t okozó betegség (diabetes mellitus, alkoholizmus, hypothyreosis, stb.) nem fordult elő. A megjelentek 95%-a budapesti lakos volt. 150 szülő és 246 gyermek, továbbá vizsgálatunk időpontjáig meghalt 39 szülő (mind apa) 63 utóda jelent meg. 22 családban az anyának, 128 családban az apának volt AMI-ja. Részletes egyéni és családi anamnézist vettünk fel. A betegek mindegyikénél a zárójelentések alapján (a klinikai tüneteket, EKG és enzimszint eltéréseket figyelembe véve) bizonyosan igazolható volt az AMI. Információkat gyűjtöttünk ezenkívül mind a megjelent nő- és férfibetegektől, mind az elhunytak utódaitól a betegség családi halmozódásáról is. Az első fokú rokonokban előforduló AMI bizonyítékául néhány esetben rendelkezésünkre állt orvosi dokumentáció, nagyobb részben azonban ezek hiányában — megbízható, egyöntetűen ítélt szóbeli információt fogadtunk el. A családban előforduló egyéb ischémias, vascularis betegségeket (cerebrális, perifériás) figyelmen kívül hagytuk és az adatok elégtelen volta miatt az anamnézis felvétele során nyert egyéb rizikófaktorokat nem elemeztük.

A legalább 12 órás éhomi vérből a szérum összkoleszterin (TC) szintet *Rappaport* szerint (50), a triglicerid (TG) szintet acetyl-acetonos módszerrel (15) határoztuk meg. Minden kóros vagy kétes esetben agaroze gélen lipoproteid elektroforézist (34) végeztünk. Továbbá minden ilyen esetben a laboratóriumi vizsgálatokat 6 héten belül megismételtük és csak azokat tekintettük primér HL-nak, akiknél az ismétléskor is kóros eredményt kaptunk.

Normál értéknek 20 éves korig saját, *Somogyi és mtsai* (57), 20 éves kor felett *Harmos és mtsai* (23) eredményeit fogadtuk el. Mindkét hazai vizsgálat azonos kémiai módszerrel történt. Kórosnak tekintettük a TC szintet gyermekekben 220 mg/100 ml, felnőttekben 280 mg/100 ml felett, a TG szintet gyermekekben 140 mg/100 ml, felnőttekben 180 mg/100 ml felett.

Vizsgálati adatok

Vizsgálati adatainkat nők, férfiak és elhunytak felbontásában ismertetjük. Az átlag életkort a nőkben

és férfiakban az első AMI, az elhunytakban az exitus időpontjában adtuk meg. Megjegyezzük, hogy mind a nőknél, mind a férfiaknál az AMI lezajlása után az életmódban és táplálkozási szokásokban jelentős változások történtek.

Nők

A megjelent 22 nőbeteg közül (átlag életkoruk 47,4 év) 6 családjában fordult el AMI. Szűrésünk időpontjáig 1 betegnek 3 AMI-sa, 3 betegnek 2, a többieknek 1 AMI-sa volt. 7 nőbeteg zsírértékeit normális határon belülnek, 15-ét kórosnak találtuk. A Fredrickson-féle osztályozást (17) alapul véve 12 esetben II/a, 2 esetben II/b, és egy esetben IV. típust diagnosztizáltunk. Négyen folyamatosan, hosszabb idő óta, vizsgálatunk ideje alatt is Mischleron kezelésben részesültek. A gyógyszer szedése ellenére — egy kivételével — mindegyikőjükönél bizonyítható volt a HL.

A 37 megjelent utód közül (átlag életkor 23,1 év) 10 esetben találtunk HL-t (mindegyik utód 18 év fölötti). Ezekből 9 a II/a, egy a II/b típushoz volt sorolható, a legfiatalabb 21, a legidősebb 34 éves volt, átlag életkoruk 26,3 év.

Férfiak

A vizsgált 128 férfibeteg közül (átlag életkoruk 45,7 év) közül 30-nak (23,4%) volt AMI szempontjából pozitív családi anamnézise. Vizsgálatunk időpontjáig 109 betegnek 3 infarctusa zajlott le. 58 esetben a zsírértékek normálisak voltak. 70 apánál találtunk HL-t (54,6%). Közülük 35-en a II/a (27,3%), 15-en a II/b (11,7%) és 20-an a IV. (15,56%) típusú HL-ba tartoztak. Közülük 12-en szedtek hosszabb ideje, folyamatosan, vizsgálatunk ideje alatt is Mischleront, de mindegyikükönél kimutatható volt a HL.

A 209 utódból (átlag életkor 26,4 év) a zsírértékek 143-ban normálisak voltak, 66 esetben találtunk HL-t, 53 a II/a (25,3%), 8 a II/b (3,8%) és 5 a IV. (2,8%) típusba volt sorolható. A kóros esetek átlag életkora 21,7 év, 23-an 18 év alattiak, a legfiatalabb 8, a legidősebb 36 éves volt.

Elhunytak

Vizsgálatunk idejéig 39 beteg halt meg (mind férfi). Átlag életkoruk 47,3 év volt. 21 beteg családjában fordult elő halmozottan AMI. 20 betegben az első, 10-ben a második, 4-ben a harmadik, 5-ben a negyedik infarctus végződött exitussal.

Az elhunytak 63 utódját vizsgáltuk (átlag életkoruk 20,3 év). 24-ben találtunk HL-t (38%), és pedig 14 esetben II/a (22,2%), 4 esetben II/b (6,3%) és 6 esetben IV. (9,5%) típust. A HL-sok átlag életkora 23,7 év, 8-an

2. táblázat. **A HL gyakorisága a korai AMI-n átesett szülők utódaiban és a HL családi megoszlása**

	Nők	Férfiak	Elhunytak	Összesen
Szülők száma	22	128	39	189
Vizsgált utódok száma	37	209	63	309
HL-ás utódok száma és %-os megoszlásuk a nevezőben	10 31,6	66 31,6	24 38	100
Családok száma HL-ás utódokkal és %-os gyakoriságuk a nevezőben	7 31,6	48 37,5	20 31,6	75

3. táblázat. Utódok és szülők HL típusa szerinti korrelációja

Az utód HL típusa	Összes utód n	Elhunyt szülők utódai n	Élő szülők utódai			
			A szülő HL típusa			
			II. a	II. b	IV.	Normál
II. a	76	14	35	4	5	18
II. b	13	4	1	3	1	4
IV.	11	6	—	—	5	—
Normál	209	39	42	20	22	86
Utód összesen	309	63	78	27	33	108

18 év alattiak, a legfiatalabb 3, a legidősebb 35 éves volt.

Eredmények

Mivel az ún. veszélyeztetett családok („high risk families”) kritériuma a korai AMI mellett ennek családi halmozódása, elsőként az első fokú rokonságban előforduló AMI gyakoriságára vonatkozó adatainkat dolgoztuk fel és az eredményeket az 1. táblázatban demonstráljuk.

Eszerint az AMI előfordulása az index betegek apái között a leggyakoribb, kisebb, de figyelemre méltó mértékű az anyák és nővérek AMI-sainak gyakorisága is. Az elhunyt index szülők (mind férfi) átlag életkora (47,3 év) feltűnően azonos az összes index beteg (nő + férfi + elhunyt) fivéreinek exitusa bekövetkezésekor átlag életkorával. Néhány kivételtől eltekintve, mindegyikük halálának időszaka 1975—1979 közé esik és — ha születésük időpontjait is figyelembe vesszük — azonos generációba tartoztak. Az index szülők családjában előforduló AMI százalékos gyakorisága az elhunytak csoportjában lényegesen magasabb, mintegy kétszerese a nem elhunytak családjának.

Eredményeink Czeizel (12) populációs genetikai hazai felmérésével csak fenntartással hasonlíthatók össze. Egyrészt az általunk felhasznált vizsgálati adatok egzaktitását csökkentik, hogy ezek szóbeli információ alapján alapulnak, másrészt 55 év alatti beteganyagunkban az AMI csak részben volt halálos kimenetelű. Ennek ellenére az index paciensek szülei közül az apákban talált magas, éspedig 16,9%-os AMI gyakoriság az általa közölt 14—23% közé esik (biztos 14, kétséges 9, összesen 23%) az anyai 9,5%-os gyakoriság pedig lényegében azonos az összes anyai AMI 9%-os halmozódásával.

Összegezve az 1. táblázat adatait, anyagunkban a családi halmozódás legalább hatszorosa a korszpecifikus populációs gyakoriságnak. Ez az öröklődés jelentőségét támogatja.

A korai AMI családi halmozódása és a primer HL közötti összefüggést vizsgálva a 2. táblázatban összesítettük a szülők utódaiban észlelt zsírsavcsere-zavar gyakoriságát a HL családi megoszlására vonatkoztatva. Külön feltüntettük a HL-ás utódok százalékos megoszlását és a HL-ás családok százalékos gyakoriságát, nőkre, férfiakra és elhunytak csoportjaira felbontva. Az összes 309 vizsgált utódból 100 szenvedett primer HL-ben (32,4%), ezek 75 családból származtak. Összevetve a HL-ás

családok %-os gyakoriságát a HL-ás utódok százalékos megoszlásával, mindkét paramétert tekintve emelkedő értékeket kaptunk, melyek hasonlatosak az 1. táblázatban összesített családi halmozódás adataihoz, különösen a nőkben és elhunytakban. Eszerint valószínű, hogy a korai AMI-ban az örökletességre utaló családi halmozódáshoz a primer HL jelentős mértékben hozzájárult.

Anyagunkban szereplő összes utód és az élő index szülők szérumból lipoid vizsgálati eredményeit a 3. táblázatban foglaltuk össze. Az utódoknál abszolút számban megadtuk a HL típusok szerinti megoszlását és a normál egyedek számát az élő szülők HL típusa alapján. Az elhunyt szülők (n = 39) típusa nem ismert, utódaik adatait viszont HL típusok szerint bevettük a táblázatba. Ennek bal oldalán szám szerint is összesítettük a HL-ás utódok típusonkénti megoszlását: a kiszűrt 100 HL-ás utód 76%-a II/a, 13%-a II/b, 11%-a IV. típus. A táblázat jobb oldalán az élő szülők fenotípusainak megfelelően az egyes oszlopokban az utódok HL típusaihoz tartozó abszolút számok láthatók.

A II/a bizonyosan monogén, domináns, egyértelműen klasszifikálható a kezelés (diéta + gyógyszer) hatására sem következik be fenotípus változás. Ezzel szemben ilyenkor az V-ből IV-es, ebből II/b átalakulás történhet (43), ezért a korreláció tárgyalásakor a familiáris, többszörösen kombinált HL-t nem vehettük figyelembe, mivel az index szülők érendjében, életmódjában első infarktuszuk után változás történt, gyógyszereket is szedtek. A II/a típusú szülők 78 utóda közül 35-nél találtunk ugyancsak II/a-t és a vizsgálatunk időpontjában normális lipoid szinttel rendelkező szülők utódai között is észlelhető volt primer HL, éspedig 18 esetben II/a, 4 esetben II/b. Az élő index szülők közül csak a IV-es típusúaknak volt IV. típusú HL-ás utóda. Az index szülők közül a nők és utódaik kiemelkednek a II/a-nak talált fenotípussal, ugyanez az elhunyt férfiak utódainak többségében is, valamint az élő index apáknál is ezen fenotípus volt kimutatható. Vizsgálati anyagunkban talált II/a típus minden esetben enyhe vagy közepesúlyos heterozigóta állapotnak felelt meg. Az említett magas II/a gyakoriság alapján beteganyagunkban a primer HL örökletességében a monogén öröklődés jelentősebb tényező, mint a polygén.

Megbeszélés

Vizsgálataink az irodalomban megjelentek közül azokkal hasonlíthatók össze, melyek szintén csak egyetlen kockázati tényezőre, a HL-re koncentráltak. Goldstein és mtsai (20) 176 család utódai között 60%-ban találtak HL-t, ennek fele (az általuk elsőként leírt domináns öröklésmentűnek tartott) kombinált familiáris HL-ben szenvedett. Továbbá szintén az USA-ból származó másik két irodalmi adat (11, 18) érdemleges, melyek szerint az 50 évnél fiatalabb, AMI-ban szenvedő élő szülők (gyakorlatilag ezek csak férfiak) között 85%-ban, illetve 66%-ban találtak primer HL-t, utódaik között 31%-ban, illetve 29%-ban. A mi élő probandjaink (nő + férfi) HL gyakorisága 61,3%, utódaikban ez 30,9%. Az utódokban szintén csak II/a, II/b és IV.

tipust találtak és a II/a és IV. megoszlása lényegében azonos volt. A mi élő probandjaink leszármazottaiban ezzel szemben jóval kevesebb a IV. típus (6,6%), ugyanakkor jóval gyakoribb a II/a (81,6%).

Blumenthal (6) 13,8%-ban, Hennekens (27) 16,7%-ban talált familiáris hypercholesterinaemiát (FH) családyszűrés keretében. Levine (36) szignifikánsan magasabb szérumszintű TC-t észlelt 50 év alatti AMI-s apák gyermekeiben kontroll családokhoz képest. Az idézett vizsgálatok mindegyikében csak egyszeri TC vizsgálat történt.

Újabbban előtérbe került a koleszterint és trigliceridet szállító lipoproteinek (LP) vizsgálata a hyperlipaemiák kóreltani és klinikai jelentősége kutatásában és gyakorlatában. Igen tekintélyes belgyógyászati irodalmi adat támogatja azon felfedezést, hogy a HDL (high density LP) protektív, antiatherogén, viszont az LDL (low density LP) és VLDL (very low density LP) elősegítő, atherogén hatása az atherosclerosis kifejlődésében. Ezért a TC szinten belüli arányuk alapján a hyperlipaemia atherogén-rizikó faktor jellege nagyobb prognosztikai értékkel vizsgálható. A primer, familiáris HL három leggyakoribb, II/a, II/b és IV. típusában az LDL és VLDL frakció viszonylagos, jelentős emelkedése mindig kimutatható egyedül, vagy változó kombinációban, ugyanakkor a HDL csökkenése is (13, 25, 30, 37, 41, 44, 52, 53, 60, 64), tehát azon három típusban, melyekkel beteganyagunkban találkozunk (FH és familiáris hypertrigliceridaemia). Ezek közül a II/a típusban (FH) a monogén, domináns öröklésment egyöntetűen bizonyított és a primer genetikai defektus ismeretes. Homozigótákban a sejtmembrán LDL receptorai teljesen érzéketlenek, heterozigótákban ennek 50%-os a kiesése. Ez utóbbi génhordozók gyakorisága 1:250–1:500 (13, 30, 41, 64). A szintén domináns öröklésmentű hyperalphalipoproteinaemia jóval ritkább, mint a II/a, de fenotípusában azzal összevetészhető, az emelkedett TC túlnyomórészt HDL, ezért nem hajlamosít AMI-ra (25, 30, 37, 52, 60). Egyelőre csak néhány gyermekgyógyászati irodalmi adat foglalkozik high risk családokban lipoproteinek vizsgálatával (3, 26, 42). Ezek közül kiemelendő Andersen és mtsai közleménye (3): azon 1407 dán gyermekben, akik apja 45 éves kor előtt AMI-ban halt meg, 1,8%-ban találtak FH-t, így a gyakoriság több mint tízszerese a kontroll csoportnak. Egyúttal, külön kiemelik, hogy a primer, permanens HL-ás gyermekek között egyetlen hyperalphalipoproteinaemiás sem volt.

Vizsgálati adataink eredményeit különböző szempontok alapján összesítettük, ezért a három táblázat összehasonlításakor észlelhető meglepő egyöntetűség nem tekinthető véletlenszerűnek. Eszerint az utódok közül legvesélyeztetettebbeknek tekinthetők a korai, 55 éves kor előtt AMI-ban elhalt szülők gyermekei. E csoportban kiugróan magas a családi halmozódás: 39-ből 7 (lásd 1. táblázat). Továbbá a családokban legnagyobb mértékű a HL-ás családok százalékos gyakorisága: valamivel több, mint a fele (lásd 2. táblázat). Ugyanitt igen magas a II/a típus, a FH gyakorisága, mely az élő nőbetegek és férfiak csoportja közé esik (lásd 3. táblázat és vizsgálati anyag). A táblázatokban feltüntetett paramétereket tekintve az élő szülők gyermekei AMI-ra való veszélyeztetettsége is jelentős.

A primer HL korai felismerésének három útja lehetséges. Egyik az újszülöttkori regionális vagy tömegmérésű szűrővizsgálatok. Mindinkább elfogadott, hogy ez gyakorlati célra nem ajánlatos, csak kutatási programok részét képezheti a lipidek, lipoproteinek vizsgál-

latán túl az apolipoproteinekre is kiterjesztve (1, 2, 4, 22, 46, 55, 56, 62). A másik utat, a gyermekek és serdülőkörök szűrővizsgálatát egyöntetűen ellenzik (21, 28, 30, 33, 45, 46, 55, 56, 63). A primer prevenció mikor és hogyan cselekedjünk problémájához kapcsolódva emiatt tört ki az Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia folyóirata hasábjain, a Pediatricsban heves vita. Glueck (19) jelenlegi tudásunkat — köztük terápiás, gondozási lehetőségeinket is — elegendőnek tartja ahhoz, hogy széles körű szűrővizsgálatokat vezessünk be gyermekkorban, a coronáriás szívbetegségek (CHD) rizikófaktorai, elsősorban a HL felderítésére. Holtzman (29) mindezt kétségbe vonta, sőt, jelenlegi tudásunkat teljesen elégtelennek tartja az atherosclerosis, a risk faktorok és a CHD összefüggésében, óva intve mindenemű aktív beavatkozástól a veszélyeztetett populációban is. Az igen szélsőséges álláspontokat tükröző lipid kutató, illetve gyermekgyógyász vitájában a szerkesztőség nem foglalt állást, ezt az olvasókra bízta.

A harmadik út, melyet vizsgálatainkhoz választottunk, a primer HL-t, egy már kialakult AMI ismerete árán, a felnőtt gyógyászat felől közelíti meg. Az utódok átlag életkora ilyenkor már gyakran 20 év körüli és lényegében minden gyakoribb, genetikailag determinált, monogén és polygén öröklődésmenetű primer HL manifesztálódhat, a vizsgálatok az első fokú rokonságra is kiterjeszthetők. Az epidemiológia egy adott populáción belül átlagosan 10%-ra becsüli az ilyen korai középletkorban manifesztálódó CHD-el bíró családok arányát (39). Joggal tételezhető fel — melyet a retrospektív epidemiológiai vizsgálatok alátámasztanak (28, 39, 47) — hogy a „high risk” populáció kialakulásához a genetikai praedispozíció talaján számos ismert és esetleg még ismeretlen kockázati tényező változó mértékű kombinálódása és halmozódása vezet (46, 47, 56, 59). A primer HL-en és hypertónián kívül elsősorban a dohányzás, az obesitas, a fizikai aktivitás hiánya, a diabetes, az egyén személyisége (psycho — szociális stresszállapot — reakciókészség), sőt, újabb megfigyelések szerint (63) a coronáriaartériák morfológiai rendellenességei is egyaránt szóba jöhetnek.

A cardiovascularis (CV) betegségek bonyolult, multifaktoriális (genetikai és környezeti) kóreredete ismeretében leegyszerűsített és egysíki lenne egyedül csak a primer HL-ben keresni mindhárom utódcsoporthoz — mint magas kockázatú családtagokban — a veszélyeztetettséget előrejelző, hajlamosító tényezőt. Nelson szerint (30) amennyiben egy harminc év fölötti egyénben a primer HL megtalálható, az átlag korszpecifikus populációhoz képest annak esélye, hogy CHD-ben betegszik meg kétszeres, ha ehhez hypertenzió is társul, négyszeres, ha a dohányzás is, hatszoros.

Az elmondottak alapján indokoltnak és szükségesnek látszik a veszélyeztetett családokkal intenzívebben foglalkozni, különösen, ha ezt a családtagok kéri. A jövőben azonban a kockázati tényezők vizsgálata sokrétűbb, komplex jellegű kell hogy legyen, nem lehet lipid centrikus. Holtzman (29) egyik érve ugyanakkor sajnálatos tény: az FH-t jelenleg sem diétával, sem gyógyszeresen lényeges mértékben befolyásolni nem tudjuk. Esetenként ugyancsak sajnálatos következmény lehet: a gyermeket megelégedve pszichés-emotionális ártalmaknak tesszük ki. Némileg megnyugtató viszont, hogy a CV betegségek csökkentését célzó, az USA-ban és Finnországban (Észak-Karélia) huzamosabb idő óta drasztikus nyíltsággal folyó közegészségügyi-társadalmi propaganda — tudásunk szerint — nem növelte a funkcionális szívbetegségek számát (14, 48, 54). Az észak-karéliai, a ma-

ga nemében egyedülálló program célzottan az iskolás korú gyermekekre is kiterjed és a „high risk” rétegeknek külön, intenzívebb gyakorlati foglalkozást, gondozást, tanácsadást biztosít (49, 54).

A veszélyeztetettebb populáció intenzívebb, folyamatos gondozásának lényege:

- a szóba jövő kockázati tényezők felmérése után azok lehetőség szerinti eliminálása, mértékének csökkentése, a táplálkozási szokások és életmód (együttesen „életstílus”) kedvező irányban történő befolyásolása révén
- ha szükséges, a hipertónia gyógyszeres kezelése
- tanácsok családi, munkaköri problémák megoldásához
- esetleg javaslat pályaválasztásra, vagy a foglalkozás, beosztás változtatására.

Feltételezhető, hogy ily módon növelhetők az életkilátások, a manifesztáció időpontja jelentősen kitolható még olyan primer HL típus fennállásakor is, amely beteganyagunkban dominál. Remélhető, hogy mindezt gyermek-serdülőkorban kezdve a hatékonyság még kedvezőbb.

Figyelemre méltó hazai publikáció jelent meg nemrég a primer hipertensió gyermekgyógyászati jelentőségéről (32) és e rizikófaktor, valamint a HL együttes családi halmozódásáról is (9).

A veszélyeztetett populációval való intenzív foglalkozás csak az egész társadalmat átfogó, egészséges életmódra és táplálkozási szokásokra történő nevelést célzó propaganda keretén belül történhet. Általános vélemény, hogy minden országnak saját magának kell kidolgoznia ez irányú stratégiáját és taktikáját. Az igazán hatékony megelőző tevékenység azonban meghaladja az egészségügy egészének hatáskörét és lehetőségeit, a család, az iskola, a társadalmi szervek, az egész társadalom közügye kell hogy legyen. A környezet, a szociokulturális háttér nagy jelentőségének ismeretében külön kiemelt hangsúlyt kell kapnia annak a ténynek, hogy változó világunkban a serdülő ifjúságot is számos, kedvezőtlen psychosociális ártalom éri (39, 45, 47, 49, 55, 56, 59).

A gyermekgyógyászat a CV betegségek megelőzését az ún. „pilot study”-kba történő bekapcsolódással is támogatja. Ezek nagyobb gyermekpopulációkból kiinduló reprezentatív keresztmetszeti és/vagy longitudinális felmérések a rizikófaktorokra, azok kombinálódására. Gyakran multidiscplinárisak és az epidemiológiában használatos multivariáns analízisek útján keresnek összefüggéseket arra vonatkozóan, hogy milyen életkorban, milyen mértékben alakulnak ki, illetve mennek át a kockázati tényezők vagy előjeleik a felnőttkorba (5, 16, 33, 35, 38, 46, 49, 56). E vizsgálatokhoz a WHO egységes irányelveket bocsát rendelkezésre (59, 66).

A megelőző tevékenységre mindig nagy súlyt helyező, és ebben jelentős eredményeket elért gyermekgyógyászat a bonyolult, multifaktoriális kóreredet miatt számára minden bizonnyal az eddigi legnehezebb népegészségügyi problémával találkozott. Előle már nem térhet ki, jöllehet esetleg csak évtizedek múlva mérhető le e téren kifejtett munkásságának eredménye. Mindenesetre optimiz-

musra jogosíthat fel bennünket a már idézett igen kedvező változás az USA és Finnország AMI statisztikaiban, mely a felnőttkorban, igen rövid időn belül következett be és mással, mint a környezeti tényezők modifikáló hatásával nem magyarázható.

Köszönetnyilvánítás:

Köszönetet mondunk dr. Antal Tiborné asszisztensnek vizsgálatainkhoz nyújtott lelkiismeretes, sokoldalú munkájáért, továbbá mindazoknak, akik a beteganyag összegyűjtésében segítségünkre voltak, elsősorban Gyárfás Iván dr.-nak (Országos Kardiológiai Intézet).

IRODALOM: 1. Andersen, G. E. és mtsai: Acta Paediat. Scand. 1979, 68, 541. — 2. Andersen, G. E.: Acta Paediat. Scand. 1979, 68, 683. — 3. Andersen, G. E. és mtsai: Acta Paediat. Scand. 1981, 70, 843. — 4. Avogaro, P. és mtsai: Lancet. 1979, I, 901. — 5. Blonde, C. V. és mtsai: Prev. Med. 1981, 10, 25. — 6. Blumenthal, S. és mtsai: J. Pediat. 1975, 98, 1187. — 7. Böszörményi E.: Orv. Hetil. 1981, 122, 745. — 8. Brook, C. G. D.: Arch. Dis. Childh. 1981, 56, 412. — 9. Cassimes, Chr. és mtsai: Acta Paediat. Scand. 1982, 71, 235. — 10. Cerebrovascular disease in the community: result of a WHO collaborative study. Bull. WHO. 1980, 58, 113. — 11. Chase, H. P. és mtsai: JAMA. 1974, 230, 1535. — 12. Czeizel E. és mtsai: Orv. Hetil. 1978, 119, 1841. — 13. Editorial: Familial hypercholesterolaemia. Lancet. 1977, II, 733. — 14. Editorial: Why the American decline in Coronary Heart Disease? Lancet. 1980, I, 183. — 15. Faragó F. és mtsai: Laboratóriumi diagnosztika. 1977, 84, 35. o. — 16. Foster, Th. A. és mtsai: J. Chron. Dis. 1980, 33, 661 — 17. Fredrickson, D. S. és mtsai: Familial Hyperlipoproteinaemia. in The Metabolic Basis of Inherited Disease. ed Stanbury, Wyngaarden és Fredrickson. McGraw Hill. New York. 1972, 546. o. — 18. Glueck, C. J. és mtsai: Am. J. Dis. Childh. 1974, 127, 70. — 19. Glueck, C. J.: Pediatrics. 1980, 66, 834. — 20. Goldstein, I. L.: J. Clin. Invest. 1973, 52, 1544. — 21. Haggerty, R. J.: Pediatrics. 1980, 66, 834. — 22. Hardell, L. I.: Acta Paediat. Scand. 1981. Supplement 285. — 23. Harmos, Cs. és mtsai: Orv. Hetil. 1978, 119, 1719. — 24. Havel, R. J.: Ann. Rev. Med. 1977, 28, 195. — 25. Havel, R. J.: Circulation, 1979, 60, 1. — 26. Heldenberg, D.: Arch. Dis. Childh. 1979, 54, 695. — 27. Hennekens, Ch. és mtsai: Pediatrics. 1976, 58, 211. — 28. Holtzman, N. A.: Pediatrics. 1979, 64, 271. — 29. Holtzman, N. A.: Pediatrics. 1980, 66, 834. — 30. Jesse, J. M.: Atherosclerosis. in Nelson's Textbook of Pediatrics. ed Vaughom, McKay és Behrman. W. B. Saunders. Co. Philadelphia, London, Toronto. 1979. 11. kiadás. 1361. o. — 31. Kannel, W. B. és mtsai: J. Pediat. 1972, 80, 544. — 32. Környei V. és mtsai: Orv. Hetil. 1981, 122, 815. — 33. Kromhout, D. és mtsai: Prev. Med. 1981, 10, 195. — 34. Laboratóriumi diagnosztika. Medicina Könyvkiadó. 1974, 211. — 35. Laskarzewski, P. M. és mtsai: Am. J. epidemiol. 1981, 114, 827. — 36. Levine, R. S. és mtsai: Am. J. Epidemiol. 1978, 108, 227. — 37. Lélek I.: Orv. Hetil. 1980, 121, 1675. — 38. Lippert, P. és mtsai: Prev. Med. 1981, 10, 159. — 39. Marmot, M. G.: Bull. WHO. 1979, 57, 331. — 40. Morrison, J. A. és mtsai: Pediatrics. 1979, 64, 197. — 41. Motulsky, A. G.: N. Engl. J. Med. 1976, 294, 823. — 42. Oberhansli, K. és mtsai: Helv Paediat. Acta. 1981, 36, 135. — 43. Pados és mtsai: Orv. Hetil. 1978, 119, 1545. — 44. Pados Gy.

és mtsai: Orv. Hetil. 1980, 121, 375. — 45. Prevention in childhood of health problems in adult life. ed Falkner, F. WHO. Geneva. 1980. — 46. Prevention of coronary heart disease in childhood. Symposium report. Arch. Dis. Childh. 1977, 52, 904. — 47. Primary prevention in childhood of atherosclerosis and hypertensive diseases. An international symposium. Chicago. 18—20. Oct. 1978. New York Raven Press. 1980. — 48. Puska, P. és mtsai: Brit. Med. J. 1979, 2, 1173. — 49. Puska, P. és mtsai: The North Karelia Youth Project. Prev. Med. 1981, 10, 133. — 50. Rappaport, F. és mtsai: Clin. Chim. Acta 1960, 5, 161. — 51. Reisman, M.: J. Pediat. 1965, 66, 1. — 52. Romics L. és mtsai: Orv. Hetil. 1975, 116, 2527. — 23. Romics L. és mtsai: Orv. Hetil. 1980, 121, 2629. — 54. Salonen, T. és mtsai: Brit. Med. J. 1979, 2, 1178. — 55. Seidel, D. és mtsai: Significance and need of screening for hyperlipidaemia in childhood. in Neonatal Screening for Inborn Errors of Metabolism. ed Bickel, Guthrie és Hammersen. Springer Verlag. 1980, 123. o. — 56. Scriver, C. R.: Predictive medicine: a goal for genetic screening. in Neonatal Screening for

Inborn Errors of Metabolism. ed Bickel, Guthrie és Hammersen. Springer Verlag. 1980, 317. — 57. Somogyi Cs. és mtsai: Gyermekgyógyászat. 1982. közlés alatt. — 58. Strasser, T.: Prevention in childhood of health problems in adult life. ed. Falkner, F. World Organization, Geneva. 1980. — 59. Strasser, T.: Primary prevention: the role of the World Health Organization. in Childhood Prevention of Atherosclerosis and Hypertension. ed Laurer és Chekelle. Raven Press. New York. 1980, 473. — 60. Szollár és mtsai: Orv. Hetil. 1980, 121, 11. — 61. Tell, G. S. és mtsai: Prev. Med. 1981, 10, 211. — 62. Van Bierliet, I. P. és mtsai: Acta Paediat. 1981, 70, 851. — 63. Voller, D. R. és mtsai: Am. Heart J. 1981, 101, 815. — 64. Wenger, D.: Hyperlipidemias. in Nelson's Textbook of Pediatrics. ed. Vaughan, McKay és Behrman. W. B. Saunders Co. Philadelphia, Toronto, London. 11. kiadás. 1979, 570. o. — 65. World Health Organization. Sixth report on the world health situation 1973—1977. Geneva. WHO. 1980. — 66. World Health Organization. Study of the precursors of atherosclerosis. WHO (CVD) 78. 1. Rev. 1. 1980.

AUROBIN KENŐCS

ÖSSZETÉTEL: 40 mg prednisolonum capronicum, 400 mg lidocainum hydrochloricum, 400 mg dexpanthenolum és 20 mg triclosanum 20 g lemosható kenőcsben.

HATÁS: Az AUROBIN megfelelő arányban tartalmazza a perianalis tájék gyulladásával járó folyamatainak kezelésében hatékony anyagokat. A prednizolon kapronat helyi hatású, nem halogénezett glukokortikoid. Csökkenti az erek permeabilitását, növeli az erek falának tónusát, csökkenti a gyulladás tüneteit. A lidokain rövid idő alatt megszünteti a fájdalmat és égő érzést. A pantenol elősegíti a sérült hám regenerálódását. A triclosan széles hatásspektrumú antiszeptikum.

JAVALLATOK: A perianalis tájék gyulladásával járó folyamatok, így pl.: pruritus ani, ekzema et dermatitis perianalis, nodi haemorrhoidales, fissura ani.

ELLENJAVALLATOK: Vírusinfekció, valamely komponenssel szembeni érzékenység. Egyéb indikáció alapján egyidejű szisztémás lidokain-kezelés.

ALKALMAZÁS: Az érintett területet naponta 2—4 alkalommal kell vékonyan bekenni. Belső haemorrhoidális nodus esetén borsónyi mennyiséget kell a végbélbe juttatni naponta 2—4 alkalommal. A tünetek mérséklődésekor ritkább alkalmazás is elegendő.

MELLEKHATÁS: Tartós használata esetén bőratrophiát, striákat, hypertrichozist okozhat. Belső haemorrhoidális nodus kezelésekor túladaogolás esetén enyhe bradycardia jelentkezhet.

FIGYELMEZTETÉS: Kiterjedt gyulladás esetén számolni kell a hatóanyagok esetleges felszívódásával, ezért a terhesség első harmadában nem alkalmazható, későbbiekben pedig fokozott óvatosság szükséges. Szteroid tartalma miatt hosszan tartó és folyamatos alkalmazása kerülendő. Amennyiben a gyulladás fenntartásában gomba szerepe bizonyított, gondoskodni kell az egyidejű specifikus antimikotikus kezelésről.

MEGJEGYZÉS: ✱ Csak vényre adható kl. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS: 20 g-os tubusban.

CSISZÉR ESZTER DR.,
BEÁLLÓ ERZSÉBET DR.,
FEKETE BELA DR.*
ÉS GERENCSÉR FERENC DR.

Wegener-granulomatosisban szenvedő három beteg ismertetése

Országos Korányi Tbc. és Pulmonológiai Intézet
(főigazgató főorvos: Schweiger Ottó dr.)
Országos Reuma és Fizioterápiás Intézet
(főigazgató főorvos: Bozsóky Sándor dr.)

A szerzők 5 év alatt 3 élőben diagnosztizált Wegener-granulomatosisban szenvedő betegük kórtörténetét ismertetik. Kitérnek a klinikai diagnózis nehézségeire. Eseteikben a szövettani igazolás bizonytalanságára is rámutatnak. A kórkép rövid irodalmi áttekintése mellett beszámolnak a corticosteroid és cytostaticus kezelés eredményeiről.

Three cases suffering from Wegener's granulomatosis. Authors report on 3 cases of Wegener's granulomatosis diagnosed clinically in 5 years. They mention the problems of clinical diagnosis, and refer to the uncertainty of histological diagnosis of their cases. Beside short review of the literature an account is given on the results of the corticosteroid treatment and the chemotherapy.

A ritka kórképek között számon tartott, de a diagnosztikus lehetőségek fejlődésével egyre gyakrabban felismerésre kerülő betegséget 1936–39-ben Wegener írta le rhinogen granulomatosisként, septicus generalizált érbetegséggént, elkülönítve a néhány évvel korábban leírt periarteritis nodosától (43). A betegség aetiológiája ismeretlen. Jelenleg az autoimmun betegségek közé sorolják (7, 16, 17, 33, 39, 42). Patológiailag coagulációs necrosis, granulomaképződéssel járó vasculitis a felső légutakban, tüdőben, vesében, néha bőrben és más szervekben (22, 35, 44). Bár jellegzetes anamnesztikus, klinikai adatok, radiológiai, laboratóriumi elváltozások állhatnak rendelkezésünkre, azon betegségek közé tartozik, amelyet csak szövettani vizsgálattal igazolhatunk (32).

A Wegener által leírt kiterjedt, klinikailag rossz prognózisú esetekkel szemben Carrington és Liebow 1966-ban csak a felső és/vagy alsó légutakat érintő, enyhébb lefolyású, nem generalizált, ún. „limited form”-ban szenvedő betegekről számolt be (4).

Gyors progressziójú, halálos megbetegedésnek tartották mindaddig, amíg a corticosteroid, majd a cytostaticus kezelés bevezetése nem hozott változást a betegség kimenetelében. A betegek halálát legtöbbször a rapidan kialakult uraemia vagy ritkábban a légzési, vérkeringési elégtelenség okozza. Az addig többnyire post mortem diagnosztizált ese-

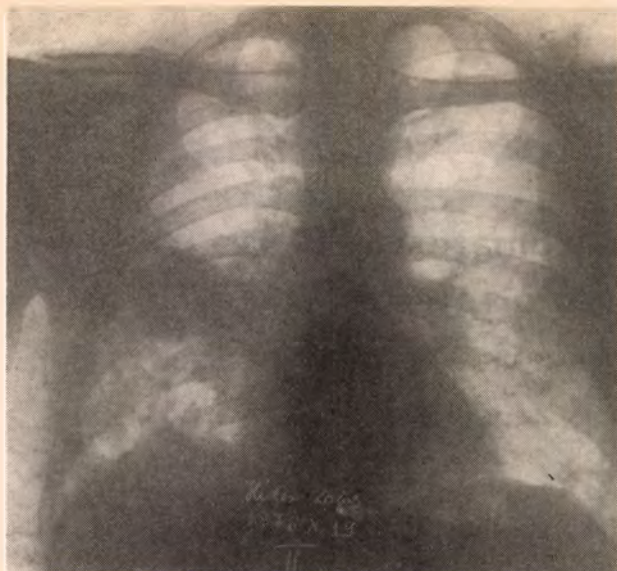
tek mellett egyre gyakrabban olvashatunk élőben felismerésre került, sőt, gyógyult betegekről is.

Intézetünk II. tüdőbelosztálya 5 éves (1976–1980) beteganyagában a klinikai tünetek, radiológiai, laboratóriumi eltérések alapján 3 esetben diagnosztizáltunk Wegener-granulomatosis (továbbiakban W. g.). A felmerült differenciál diagnosztikai nehézségek miatt röviden ismertetjük eseteinket.

Esetismertetés

1. H. L. 59 éves férfi 1976. októberben jobb oldali, centrális széttesést tartalmazó infiltratív tüdőelváltozással került felvételre (1. ábra). Anamnézisében 5 éve lezajlott pneumonia, mikrohaematuria szerepelt. A panaszmentes betegnek erősen gyorsult vörösvérsejt-süllyedése (71 mm/ó) és mikroszkópos vörösvérsejt volt felvételkor. A köpet bakteriológiai és cytológiai vizsgálata negatív volt. 1:10 000 hígítású tuberkulin próbája negatív volt. Széles spektrumú antibiotikumot adtunk, de ez radiológiai regressziót nem eredményezett. A mikrohaematuria miatt végzett i. v. urographia mindkét oldalon pyelonephritises zsugorvesét igazolt. Decemberben láz jelentkezett. Az 1977. januárban elvégzett gammalateszt, rheuma-test pozitív lett, az immunológiai polyclonalis immunglobulin szaporulatot észleltünk. Kisfokú anaemia alakult ki normális fehérvérsejt-szám mellett. Transaminase értékei átmenetileg emelkedtek (SGOT/SGPT = 100/130 U/L). A Koch-negatív köpettenyésztések a specifikus aetiológiát nem erősítették meg, márpedig ilyen nagy üregből tbc. esetén pozitív tenyésztéses eredmény várható. Az antibiotikus kezelést szteroid adjuválással folytattuk (kezdetben 30 mg, majd 50 mg Prednisonolt kapott naponta). Lényeges radiológiai változást nem észleltünk, de a beteg panaszmentessé vált. Háromheti panaszmentesség után lázas, toxicus állapotban cardiorespiratoricus elégtelenség tünetei jelentkeztek. Renalis funkciói romlottak, leucocytosist, alfa-2, gamma-globulin szaporulatot, aspergillus pozitívitást észleltünk. A jobb oldali üreges

* Jelenlegi munkahelye: Központi Állami Kórház (főigazgató főorvos: Heckenast Ottó dr.)



1. ábra: 1. eset: Vastag falú üregárnyék a jobb alsó lebenyben

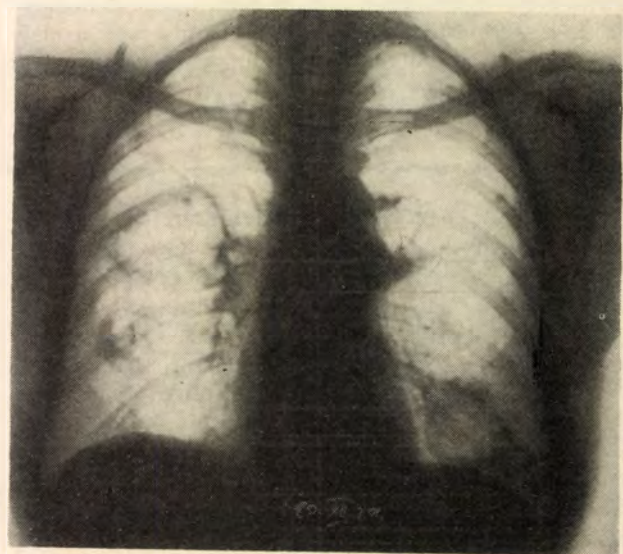
infiltratív tüdőfolyamat jelentősen progrediált. Az antibiotikus, steroid kezelés után általános állapota ismét javult. Transthoracalis tüdőbiopsiát végeztünk. A punctatum cytológiai vizsgálata tbc. és mycosis lehetőségét vetette fel, bár Ziehl-Neelsen-festéssel *Mycobacterium tbc.* nem volt kimutatható. A bizonytalan cytológiai eredmény ellenére a klinikai képet — mivel a cytológiai vizsgálat vasculitis kimutatására nem alkalmas — *W. g.*-nak tartottuk, s ezért 400 mg Cyclophosphamidot kezdtünk másodnaponta, 40 mg Prednisolonnal, antibiotikummal, antituberkulotikummal, antimycotikummal kiegészítve. Intolerancia miatt 2 hét múlva a Cyclophosphamidot napi 2 tbl Leupurinra váltottuk, ami klinikai tünetmentességet eredményezett, de a pulmonalis elváltozás tovább progrediált, ezért műtétet terveztünk részben diagnosztikus, részben a ronslebeny eltávolításával terápiás célból, de a beteg hirtelen, váratlanul július 27-én elhunyt. *W. g.*-sal került kiírásra. Boncolásnál a jobb tüdőben óriási üreget találtak, hisztológiailag idegentest jellegű óriássejtes granuláció, kiterjedt elsajtosodás, arteritis volt látható, azaz a szövettani lelet a feltételezett klinikai diagnózist igazolta. A vesékben pyelonephritist találtak a *W. g.*-ra jellemző szövettani eltérések nélkül.

2. P. L. 31 éves férfi 1979 októberében légzésre fokozódó szűró mellkasi fájdalom és erős alsó végtagi



2. ábra: 3. eset: Üreges kerekárnyékok mindkét tüdőfélben

izomfájdalom miatt fordult orvoshoz. Mellkasröntgen-vizsgálat során felfedezett, a bal felső lebenyben elhelyezkedő üreges infiltratum miatt tüdőosztályra került. A köpet cytológiai vizsgálata malignitásra gyanús sejteket mutatott, a bronchosopia tumor gyanút keltett, emiatt november 16-án bal oldali pulmonectomia történt. A nagymértékben átalakult szerkezetű, főként kóros szöveteket tartalmazó tüdőrészekletben a patológus göcos granulációt észlelt. A granuláció Hodgkin- és Sternberg-típusú sejteket igen nagy számban tartalmazott, egyes helyeken magzateséssel járó centralis necrosist figyelt meg. A necrosis helyenként igen kiterjedt, sajtos jellegű volt, körülötte típusos epitheloidsejtes granuláció fejlődött ki. A szöveti kép alapján alapbetegségként primer tüdő lymphogranulomatosis merült fel, melyhez tbc. is társult. Osztályunkra december 10-én került lázas, toxicus, leromlott állapotban. Felvételekor, WE: 104 mm/ó, Hgb: 6,2 mmol/l, fvs: 11,6 G/L, gamma-GT: 110 U/L, AP: 201 U/L, alfa-2 globulin: 19%, gamma-globulin: 23%. Egyéb májenzimek, vizelet, renalis paraméterek normálisak. INH + Sural + Streptomycin + Prednisolon (50 mg naponta) kezelést kezdtünk digitálissal kiegészítve. Január elején mikroszkópos haematuria jelentkezett, mely rövidesen makroszkópossá vált. Az elvégzett i. v. urographián halvány kiválasztás látszott, ugyanakkor vese-



3. ábra: 3. eset: Öthetes kezelés eredménye

funkciós értékei kórossá váltak. (KN: 18 mmol/l, se kreatinin: 270 μ mol/l) EKG-n I. fokú AV-blokkot és repolarizációs mellkaspunctiót zavart észleltünk. Lázas állapota miatt az empyema kizárására mellkaspunctio történt netagív eredménnyel. A betegség klinikai lefolyása nem felelt meg sem Hodgkin-kórnak, sem tbc.-nek, a tüdő, vese, máj, szív érintettségének klinikai és laboratóriumi jelei alapján *W. g.* lehetősége merült fel, és ezért napi 100 mg Di-Adresont és 100 mg Imurant kezdtünk adni antiuraemiás kezelés mellett. Három nap alatt láztalanná vált, klinikailag javult, de vesebajának tisztázása céljából nephrológiai osztályra helyeztük át. (Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Belgyógyászati Klinika). Az itt elvégzett vesebiopsia és a korábbi tüdőszövet hisztológiai revíziója a *W. g.*-t igazolta. Cyclophosphamidból és Prednisolomból álló immunsuppresszív kezelésben részesült, illetve jelenleg is részesül, a kompenzáló polyuria stádiumában van minimális fehérjeürítéssel, vérvezelése megszűnt.

3. F. F.-né 54 éves beteg anamnézisében 1975-ben epekő miatt végzett cholecystectomy és 1976-ban appendectomy szerepelt, egyébként 1979 végéig panaszmentes, állandó veradó volt. Panaszai 1980. áprilisban kezdődtek, amikor is a cholecystectomy hegében gennyedés jelentkezett, mely nem gyógyult, sőt, szeptemberben az appendectomy hege is gennyedni kezdett.

PERITOL[®]



PERITOL®

szirup, tableta

antiallergicum

HATÓANYAG

40 mg cyproheptadinum hydrochloricum (100 ml) szirupban;
4 mg cyproheptadinum hydrochloricum tablettaként.

JAVALLATOK

Akut és krónikus urticaria, szérumbetegség, szénanátha, rhinitis vasomotorica, rhinitis allergica, gyógyszerexanthema, pruritus, ekcéma, ekcematoid dermatitis, kontakt dermatitis, neurodermatitis, angioneurotikus ödéma, rovarcsípés, carcinoid szindróma. Vascularis típusú fejfájás (migrén, hisztaminephalalgia). Különböző eredetű étvágytalanság (anorexia nervosa, idiopátiás anorexia) és leromlott állapot (posztinfekciós állapot, rekonvaleszcencia, krónikus betegség, kimerültség, hyperthyreosis).

ELLENJAVALLATOK

Glaucoma, ödémaképzés és vizeletretenció, terhesség.

ADAGOLÁS

Szokásos kezdő adagja felnőtteknek naponta 3×1 tabl. vagy 3×1 gyermekkanál. Ez az adag (12 mg) szükség szerint csökkenthető, ill. növelhető. Utóbbi esetben a napi adag nem haladhatja meg a 32 mg-ot. Krónikus urticaria kezelésére általában napi $3 \times 1/2$ tabl. vagy 3×1 kávéskanállal (6 mg) elegendő. Akut migrénes roham esetén 1 tabl. vagy 1 gyermekkanál. Amennyiben a fejfájás nem szűnik meg, $1/2$ óra elteltével ismét adható 1 tabl. vagy 1 gyermekkanál szirup. A beteg 4–6 órán belül 8 mg-nál többet nem kaphat. A hatás fenntartására naponta 3×1 tabl. vagy 3×1 gyermekkanál szirup rendszerint elegendő. Étvágytalanságban 3×1 tabl. vagy 3×1 gyermekkanál szirup naponta.

Csecsemőknek $1/2$ éves korig nem adható! Gyermekeknek $1/2$ –2 éves kor között adása kivételesen megkísérülhet 0,4 mg/tskg/die adagban (pl. 10 kg-os gyermeknek napi 4 mg; ezt a mennyiséget 2 kávéskanálnyi szirup tartalmazza). 3–4 hétnél tovább azonban nem adható. 2–6 éves korig kezdő adag általában napi $3 \times 1/2$ tabl. vagy 3×1 kávéskanál (6 mg), s ha az adag emelése szükséges, pótlást este, lefekvés előtt célszerű adni. A teljes napi adag a 8 mg-ot ne haladja meg.

6–14 éves korig a szokásos napi adag 3×1 tabl. vagy 3×1 gyermekkanál szirup. A teljes napi adag 16 mg-nál több ne legyen.

Étvágytalanságban 2–6 éves korig $3 \times 1/2$ tabl. vagy 3×1 gyermekkanál szirup, de legfeljebb 8 mg naponta. A napi adag a 12 mg-ot ne lépje túl.

MELLÉKHATÁSOK

Álmosság, amely rendszerint átmeneti jellegű, és ritkán teszi szükségessé a kezelés megszakítását. Ritkábban: szájszáraz-

ság, mentális konfúzió, ataxia, vizuális hallucináció, szédülés, nausea, bőrkütiés, nyugtalanság, fejfájás.

FIGYELMEZTETÉS

A kezelés kezdetekor jelentkező szedatív hatás miatt az első adagot ajánlatos az esti étkezés után bevenni. Alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel, ezért pl. járművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által — az egyéni érzékenységeknek megfelelően — előírt adagban szedhetik. Peritol-kúra alatt a szeszes ital fogyasztása tilos!

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS

Fájdalomcsillapítók és altatók hatását potenciálja; azok csak csökkentett adagban adhatók.

MEGJEGYZÉS

* Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkaíommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS

20 tabl. 2,—Ft; 1 üveg (100 g) 2,20 Ft.



Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

A sebek szétnyíltak, localis sebészeti, illetve antibiotikus kezelés ellenére. Fülfájdalmak és halláscsökkenése augusztus második felében kezdődtek. Ambulanter kezelték szakrendelésen. Szeptember második felében esténként rendszeresen hidegrázása volt 39–40° körüli lázzal. Emiatt Semicillint szedett, szeptember 29-én utalták gégeszeti osztályra Otitis med. supp. I. u., Sepsis állapot jelzéssel. Felvételekor WE: 151 mm³, ezenkívül anaemiát (5,8 mmol/l) leucocytosist (11,8 G/L) és mikroszkópos haematuriát észleltünk. Mellkasfelvételen számos, centrális üreggel tartalmazó kerekárnyékot láttunk mindkét tüdőfélben (2. ábra). Előbb a jobb, majd a bal oldalon végeztünk mastoidectomiát az antrum széles feltárásával, a durát és a sinust is szabadá tettük, az elvégzett sinus punctióval mindkét oldalon a sinus thrombosis lehetőségét is kizártuk. Az eltávolított nyúlós, nyákos sarjszövetből egyik oldalon sem tenyésztett ki kórokozót. A szövettani vizsgálat is sarjszövetet igazolt. A vérvezetés miatt elvégzett i. v. urographia kórosat nem mutatott. Tüdőosztályra kerülését az említett tüdőelváltozás magyarázta. Átvétele után eleinte ezt a sepsis részjelenségének tekintettük, amit megerősíteni látszott, hogy köpetéből, vizeletéből, bronchusváladékából Klebsiella tenyésztett ki. A haemokultúrák és a sebváladék bakteriológiai tenyésztései steril eredményt adtak. A köpet saválló baktériumot nem tartalmazott, cytológiai vizsgálata negatív volt. A beteg tuberkulin próbája 1:10 000 hígításban negatívnak bizonyult. A fenti laboratóriumi eltéréseken kívül emelkedett serum ureanitrogén (16 mmol/l) és kreatinin (160 µmol/l) szintet, alfa-1—2 és gamma-globulin szaporulatot, pozitív latex-próbát találtak, serumából keringő immunkomplexeket tudunk kimutatni. Antibiotikum, steroid, anticoagulans, antituberkulotikum adása ellenére változatlanul lázas maradt, tüdőárnyékaik progrediáltak. Bőrén erythémás alapon apró bulák jelentek meg, myalgiairól panaszkodott. Mindkét szemén conjunctivitis, scleritis keletkezett. A bronchosopia során nyert nyálkahártya-excidatumból szövettanilag tömeges mennyiségű, bizarr alakú Langhans-típusú illetve idegentest típusú óriássejteket tartalmazott, és az antrumból ismételtelen eltávolított sarjszövet szövettani vizsgálata is idegentest típusú granulációt bizonyított. Egy hónapos terápiánk eredménytelensége, a tarka tünetegyüttes, az immunológiai vizsgálatok pozitivitása miatt W. g.-ra gondoltunk. A szövettani bizonyítás a hozzáférhető helyekről történt biopsiás anyagvételrel nem sikerült, a transthoracalis tüdőbiopsiától vagy thoracotomiától a beteg rossz általános állapota miatt el kellett tekintenünk. Bőrelváltozásai elmúltak, így innen sem történni lehetett mintavétel. Klinikailag W. g.-nak tartva november 20-án napi 200 mg Cyclophosphamidot és 150 mg Di-Adresont kezdtünk adni. Látnyos, gyors klinikai, laboratóriumi és radiológiai javulást észleltünk. Vörösvérsejt-süllyedése zuhanásszerűen esett, vizelete egy hónapon belül negatívvá vált, renalis paraméterei normalizálódtak, hasi sebei hegedni kezdtek. Az 5 hetes kezelés eredményét szemlélteti a 3. ábra. Röviddel ezután az L 2—3 dermatomára kiterjedő herpes zoster alakult ki magas lázzal. A relapsus miatt a Cyclophosphamid napi adagját megdupláztuk. Leukopenia alakult ki, ami miatt a Cyclophosphamid elhagyására kényszerültünk. A mellkasi árnyékok cysticusan átalakultak, s egy ilyen subpleuralis cysta megrepedéséből januárban komplett ptx alakult ki, ami miatt mellkassebészeti osztályunkon 48 órán keresztül állandó szívást kellett alkalmazni. Viszszavétele után az immunszuppresszív kezelést napi 150 mg Imurannal és 40 mg Prednisolonnal folytattuk, amire a beteg ismét tartósan látalanná vált, panaszmentesen hazabocsátottuk. Májusig napi 100 mg Imurannal és 20 mg Prednisolonnal egyensúlyban volt, panaszt nem okozó inkomplett ptx-e konzervatív terápiával gyógyult. A májusban bekövetkező recidívát csak a kombinált immunszuppresszív kezelés (Cyclophosphamid, Methotrexat, Vinblastin, steroid) befolyásolta kedvezően, de a súlyos leuko-, thrombopenia, extarenalis azotaemia, orr-száj-garat nyálkahártya-elhárás, jobb oldali felső lebeny pneumonia életveszélybe sodorta a beteget. Átmenetileg mindenfajta immun-

szuppressziót szüneteltettünk, majd amikor vérképe és általános állapota rendeződött, igen óvatosan, másodnaponta adott 50 mg Cyclophosphamidra térünk ismét vissza, mint a W. g. elsődlegesen alkalmazandó gyógyszerére napi 60 mg Prednisolonnal kiegészítve. Kezelésének 24. hónapjában enyhe köhögésen kívül panaszmentes, ambulanter ellenőrizzük, az említett gyógyszereket fokozatosan csökkentjük, s lassan elhagyásukra gondolunk.

Megbeszélés

A 3 ismertetett esetünkben az 1. eset a Carington által említett „limited form”-ba volt sorolható, míg a 2. és 3. betegünkön egyéb jellemző, extrapulmonalis szervi tünetek is megtalálhatók voltak, így ők generalizált formáknak tekinthetők. A 3. esetünk példázna a klasszikus W. g.-t.

Mind a 3 esetünkben üregek tüdőelváltozást észleltünk, egy betegnél az elváltozás multiplex volt. Egy beteg köpetéből sem tenyésztett ki Mycobacterium tuberculosis, de az elvégzett egy tüdőbiopsia cytológiai és egy műtéti resectatum szövettani feldolgozása során tbc.-re jellemző leírást kaptunk. Az antituberkulotikus, antibiotikus kezelés eredménytelen maradt, és az immunológiai megbeszélés gyanúja miatt végzett laboratóriumi vizsgálatok pozitivitása alapján feltételezett diagnózist az immunszuppresszív kezelés hatásossága igazolta. A diagnózis felállítása valamennyi esetben élőben történt, egy esetben ezt a sectiós lelet igazolta, egy esetben pedig az ismételt biopsiás mintavétel vezetett a helyes diagnózishoz. Harmadik esetünkben szövettani bizonyítást nem sikerült elérnünk.

A klasszikus értelemben vett W. g. a felső és alsó légutak és a vese egyidejű megbetegedése. A betegek krónikus otitis (26), sinusitis (27, 40), kifejeződő orrnyálkahártya-gyulladás miatt gyakran hosszan tartó, eredménytelen antibiotikus kezelésben részesülnek. Épp a kezelés eredménytelensége miatt végzett szövettani vizsgálat, vagy új, körjelző tünet(együttes) megjelenése vihet előbbre a helyes diagnózis felállításában. A tüdőben soliter vagy multiplex kerekárnyékok keletkeznek, a centrális necrosis miatt üregképződéssel (5, 18, 27, 29). Ritkán előfordul endobronchiális stenosis, atelectasiát, ismétlődő pneumoniát okozó granulomás forma is (31), esetleg csak később szövődve renalis tünetekkel.

A vese érintettségére kiskokú albuminuria, mikroszkópos haematuria utalhat, de súlyos veseelégtelenséget okozó kórelfolyás sem ritka. A betegség kimenetelét a veselaesio súlyossága határozza meg. Bár többnyire igen rapid, progresszív glomerulonephritistről van szó, az időben bevezetett terápia megállíthatja, reverzibilissé teheti a folyamatot (28). Átmenetileg dialysis kezelés is szükségessé válhat. A W. g. miatt végzett vesetranszplantáció után Imurannal történő immunszuppresszív kezelés nem védi ki a recidívát, ilyenkor veseátültetés után is Cyclophosphamid ajánlott (14, 38).

Az első leírásokban szereplő kardinalis tüneteken kívül egyéb szervi manifesztációk is ismertek: a bőrön kifejeződő, erythémás alapú steril bullosus elváltozás (3); conjunctivitis, scleritis, sclerouveitis, episcleritis (1, 6, 9); májlaesióra utaló enzimeltérések; neuritis; savós hárttyák gyulladá-

sa (pleuritis, pericarditis, peritonitis); myocardialis laesióra utaló EKG-eltérések (41); polyarthralgia.

A szisztémás megbetegedésekre jellemző általános tünet, a láz ebben a kórképben is megfigyelhető, antibiotikumok nem befolyásolják, szteroid is csak átmenetileg, s elsősorban körülírt esetekben.

Laboratóriumi megfigyelések: fokozott vörösvérsejt-süllyedés (80 mm/ó feletti), anaemia, leukocytosis, alfa-2, gamma-globulin, IgA szaporulat, pozitív Latex-próba — nem specifikus jellemzői a kórképnek. A késleltetett bőrreakciók viselkedéséről és a betegségnek a simaizom-ellenes antitestekkel való összefüggéséről megoszolók a vélemények az irodalomban (11, 13, 36).

A generalizált kórformák felismerésére hamarabb sor kerülhet, de a gyakran csak septicus klinikai képpel, s kevés szervi manifesztációval járó esetekben több hónapos eredménytelen kezelés után merül fel W. g. lehetősége, nem ritkán sectio igazolja csak a betegséget. Differenciál diagnosztikailag sepsis (37), tbc (2, 28, 32, 45) primer vagy metastaticus tüdő tumor jön szóba leggyakrabban. Ritkábban gombás és parazitás betegségek (aspergilloma, blastomycosis, echinococcus-cysta, toxoplasmosis), brucellosis, ornithosis, Goodpasture-syndroma, periarteritis nodosa és a légúti vasculitis egyéb formái (allergiás granulomatosis, non-Hodgkin lymphoma) jelentenek nehézséget az elkülönítésben (12, 15, 35, 44). A helyes diagnózis megtalálásában a serológiai próbák, a negatív bakteriológiai és gombatenyésztési vizsgálatok, s döntően a szövettani vizsgálat segít.

Hisztológiai vizsgálatra anyagvétel a felső légutakból localis kimetszés, a tüdőből bronchoscópos excisió (21), thoracotomiás vagy transthoracalis biopsia (23), veséből tübiopsia elvégzésével történhet. A differenciál diagnosztika nehézségeit jelzi, hogy nemcsak a klinikai kép, de a szövettani lelet is megtévesztésig hasonló lehet egyéb granulomatosisokhoz, s itt elsősorban a tbc-t kell említenünk. „A tbc-hez hasonló hisztológiai képet csak a sarcoidosis és a W. g. ad.” (2).

A lokalizált, enyhébb lefolyású esetekben önmagában a szteroid is gyógyulást eredményezhet, de az utóbbi években bevezetésre került, s mind szélesebb körben alkalmazott cytostaticumok a korábban reménytelennek tartott, generalizált esetekben is hosszabb túlélést, gyógyulást eredményeznek. 1969-ben Kánicz (24) szteroidra, Hutás és munkatársai szteroidra és Imuranra gyógyult esetről számoltak be (19). Az immunszuppresszív cytostaticumok közül elsősorban a Cyclophosphamid (8, 9, 10, 23, 34) alkalmazásától észleltek eredményeket, esetleges intolerancia esetén Methotrexat (3, 25), Imuran (19, 20), Leupurin is hatásos lehet. A gyógykezelés eredményessége az immunszuppresszív terápia időtartamának függvénye. Erre vonatkozóan megoszolók a vélemények, de minimálisan 1,5–2 éves mediaciót tartanak szükségesnek. Ezt csak az életet veszélyeztető mellékhatások korlátozhatják.

Ezúton mondunk köszönetet Gergely Péter dr.-nak (Simmelweis Orvostudományi Egyetem II. Bel-

gyógyászati Klinika) a diagnózis felállításában és a beteg gondozásában nyújtott segítségért.

IRODALOM: 1. Böls S.: Wegener-féle granulomatosis esete. Szemészet 1975, 112, 54. — 2. Böszörményi M., Katona L. és Schweiger O.: A felnőttkori tüdőbetegségek klinikuma. Medicina. 1980. — 3. Capizzi, R. L. és Bertino, J. R.: Methotrexat Therapy of Wegener's Granulomatosis. Ann. Intern. Med. 1971, 74, 74. — 4. Carrington, C. B. és Liebow, A. A.: Limited Forms of Angiitis and Granulomatosis of Wegener's Type. Amer. J. Med. 1966, 41, 497. — 5. Cassan, S. M., Coles, D. T.: Harrison, E. G.: The Concept of Limited Forms of Wegener's Granulomatosis. Amer. J. Med. 1970, 49, 366. — 6. Coutu, R. E. és mtsai: Limited Form of Wegener Granulomatosis. Eye Involvement as a Major Sign. JAMA 1975, 233, 868. — 7. Cecil textbook of medicine. Vol. 1—2. Ed. Beeson, P. B., McDermott, W., Wingoarden, J. B. Philadelphia 1979. — 8. Cupps, T. R. és mtsai: Herpes Zoster in Patients with Treated Wegener's Granulomatosis. Am. J. Med. 1980, 69, 881. — 9. Dietz, R. és mtsai: Wegenersche Granulomatose: Gute Rückbildung im Thoraxbild nach Zyklophosphamidtherapie. Fortsch. Röntgenstr. 1979, 131, 325. — 10. Eagleton, L. E. és mtsai: Radiation Therapy and Mechanical Dilation of Endobronchial Obstruction Secondary to Wegener's Granulomatosis. Chest. 1979, 76, 609. — 11. Fauci, A. S. és mtsai: Effect of Cyclophosphamide upon the Immun Response in Wegener's Granulomatosis. New Engl. J. Med. 1971, 285, 1493. — 12. Fauci, A. S., Wolff, S. M.: Wegener's Granulomatosis. Studies in Eighteen Patients and a Review of the Literature. Medicine Baltimore 1973, 52, 553. — 13. Fauci, A. S., Wolff, S. M.: Immunological Features of Wegener Granulomatosis. Lancet 1974, 1, 688. — 14. Fauci, A. S. és mtsai: Successful Renal Transplantation in Wegener's Granulomatosis. Amer. J. Med. 1976, 60, 437. — 15. Fauci, A. S.: Granulomatous Vasculitides: Distinct but Related. Ann. Intern. Med. 1977, 87, 782. — 16. Ferlinz, R.: Autoimmunerkrankheiten der Lunge und Pleura. Prax. Pneumol. 1979, 33, 323. — 17. Geisler, L. S.: Immunologische Lungenerkrankungen. Med. Welt. 1978, 29, 994. — 18. Gohel, V. K. és mtsai: The Radiological Manifestations of Wegener's Granulomatosis. Brit. J. Radiol. 1973, 46, 427. — 19. Hutás, I. és mtsai: Immunsuppressív terápia Wegener-granulomatosisban. Orv. Hetil. 1969, 110, 2164. — 20. Israel, H. L.: Patchefsky, A. S.: Wegener's Granulomatosis of Lung: Diagnosis and Treatment. Ann. Intern. Med. 1971, 74, 881. — 21. Jáger, M. és mtsai: Wegener-granulomatosis bronchoscópos excisióval igazolt esete. Pneumol. Hung. 1981, 34, 307. — 22. Jampolszkaja, Sz. A.: A Wegener-féle necrotikus granulomatosis pathogenesisének sajátosságai és főbb szövődményei. Fül-orr-gégegyógy. 1973, 19, 196. — 23. Juncos, L. I. és mtsai: Intravascular Clotting Preceding Crescent Formation in a Patient with Wegener's Granulomatosis and Rapidly Progressive Glomerulonephritis. Nephron 1979, 24, 17. — 24. Kánicz, E.: Mit Erfolg behandelte Wegener-Granulomatose. Beitr. Clin. Tuberk. 1969, 139, 345. — 25. Király K. és mtsai: Immunsuppressív kezelés a dermatológiában. Orvosképzés, 1971, 46, 403. — 26. Kovács A., Götze Á.: Fülészeti tünetekkel jelentkező Wegener-granulomatosis esete. Fül-orr-gégegyógy. 1978, 24, 222.

— 27. *Künster W. és mtsai:* Wegener-féle granulomatosis. Diagnosztikus problémák, klinikai lefolyás, immunosuppressiv terápia. Orv. Hetil. ref. 1972, 113, 2671. — 28. *Láncos F. és mtsai:* Wegener-granulomatosis a gyermekkorban. Orv. Hetil. 1971, 112, 2713. — 29. *Lehmann, H. és mtsai:* Das Röntgenthoraxbild bei Wegenerscher Granulomatose. Fortsch. Röntgenstr. 1978, 128, 402. — 30. *Maas, D. és mtsai:* Wegener-féle granulomatosis. Klinikai, immunológiai és szövettani megfigyelések. Orv. Hetil. ref. 1972, 113, 2670. — 31. *Matthews, J. I., Hooper, R. G.:* Bronchial Stenosis and Wegener's Granulomatosis. Chest. 1979, 76, 491. — 32. *Medgyesi, F. és mtsai:* Wegener-granulomatosis. Tuberk. és tüdőbeteg. 1972, 25, 82. — 33. *Meier-Sydow, J., Mitrou, P. S.:* Aspekte der Therapie von Autoimmun-erkrankungen, unter besonderer Berücksichtigung ihrer pulmonalen Manifestationen. Prax. Pneumol. 1979, 33, 333. — 34. *Remee, de R. A. és mtsai:* Wegener's Granulomatosis. Mayo Clin. Proc. 1976, 51, 777. — 35. *Remee, de R. A. és mtsai:* Respiratory Vasculitis. Mayo Clin. Proc. 1980, 55, 492. — 36. *Shillitoe, E. J., Lehner, T.:* Immunological Features of Wegener's

Granulomatosis. Lancet 1974, 1, 281. — 37. *Simárszky J. és mtsai:* Wegener-granulomatosis. Orv. Hetil. 1960, 101, 489. — 38. *Steiman, T. I.:* Recurrence of Wegener's Granulomatosis After Kidney Transplantation. Successful Re-induction of Remission with Cyclophosphamide. Am. J. Med. 1980, 68, 458. — 39. *Turner-Warwick, M.:* Immunology of the Lung (Current Topics in Immunology Series No. 10.) Edward Arnold, London 1978. — 40. *Vathy, I., Sáfrán, A.:* Wegener-granulomatosis. Fül-orr-gégegyógy. 1969, 15, 11. — 41. *Veress, B., Jellinek, H.:* Eigentümliche Coronarveränderungen bei der Wegenerschen Granulomatose. Zbl. allg. Path. 1971, 114, 350. — 42. *Vezendi S. és mtsai:* Az immunológiai vizsgálatok jelentősége a tüdő disseminált, diffúz kórképeiben. Tuberk. és Tüdőbetegs. 1975, 28, 262. — 43. *Wegener, F.:* Übereine eigenartige rhinogene Granulomatose mit besonderen Beteiligung des Arteriensystems und der Nieren. Beitr. Path. Anat. 1939, 102, 36. — 44. *Wolff, S. M. és mtsai:* Wegener's Granulomatosis. Ann. Intern. Med. 1974, 81, 513. — 45. *Zombori, M., Csellár, M.:* Wegener-granulomatosis. Tuberk. és tüdőbetegs. 1969, 22, 181.



Apotheke zur Universität

MAG. PHARM. Dr. MIKES TIVADAR
GYÓGYSZERTÁRA



A-1090 Wien, Universitätsstrasse 10.,

Felvilágosítás. Telefon: 0043/222/425298
Magyaroknak kedvezményes, előzetes kiszolgálás.

az



1983. I. félévi kiállítási programja

Május 24–június 3.
Június 14–18.

Egészségügyi Újítók kiállítása a Bemutatóteremben
„BÖRZE” Győrben



Bemutatóterem

Bp. VI., Népköztársaság útja 36.
Nyitva: naponta 9–16 óráig

Kiállításainkra minden érdeklődőt szeretettel várunk



Orvosi Műszerkereskedelmi Vállalat



1257

Hygroton®

tabletta

H 400/N 100 Antihypertensiva diuretica



ÖSSZETÉTEL: 50 mg chlorthalidonum tablettánként.

JAVALLATOK: Különböző eredetű (kardiális, renális stb.) ödémás állapotok: enyhe és közepes súlyos hipertónia (különösen egyéb vérnyomáscsökkentőkkel, főleg béta-receptor blokkolókkal kombinálva); a terhesség késői szakában fellépő hipertónia és ödéma; premenstruációs panaszok; kóros elhízással együtt járó folyadékretenció; a laktáció gátlása az elválasztás időszakában; folyadékretenciával együtt járó gyermekkori megbetegedések.

ELLENJAVALLAT: Veseelégtelenség, 100 mg/dl feletti maradék-N, ill. 50 mg/dl feletti karbamid-N értékekkel.

ADAGOLÁS: Egyéni megítélést és gondos orvosi ellenőrzést igényel.

Felnőttek szokásos adagja hipertónia és ödémák kezelésére naponta 1–2 tabl. a hatás eléréséig, a fenntartó adag heti 3 × 1 tabl.

A terhesség késői szakában a hipertónia és ödéma megelőzésére heti 1–4 tabl., kezelésére kezdetben 1 tabl./die, majd heti 3 × 1 tabl. Premenstruációs panaszok esetén célszerű a kezelést a menstruáció várható időpontja előtt 4–8 nappal kezdeni; az 1–3. kezelési napon 1 tabl., majd napi 1/2 tabl. az adag, a szabályos vérzés megindulásáig. A kóros elhízással kapcsolatos folyadékretenció kezelése hasonlóan történik, mint hipertónia, ill. ödémák esetén. A tejelválasztás csökkentésére elegendő 2 tabl. kezdő adagként, majd 1 tabl./die 2–6 napig.

Gyermekek kezdő adagja 1–5 éves korig 1/2 tabl./die 2–3 napig, majd fenntartó adagnak hetente 3 × 1/2 tabl.; 6 éves

kortól a kezdő adag 1/2 tabl./die, a fenntartó adag naponta 1/2 tabl.

A napi adagot célszerű reggel, étkezés után bevenni.

MELLÉKHATÁSOK: Enyhe szédülés, adynamia, fáradtságérzés, elsősorban a kezelés elején — ezek a panaszok többnyire spontán, vagy az adagok átmeneti csökkentésére megszűnnek. Enyhe gastrointestinalis panaszok, ha a gyógyszert éhgyomorra veszik be. Szórványosan észleltek allergiás bőrtüneteket is.

GYÓGYSZER-KÜLSŐNHATÁSOK: Óvatosan adható:

- szívglükozidokkal (a hypokalaemia következtében a glükozidok toxicitásának fokozódása);
- orális antidiabetikumokkal (antidiabetikus hatás csökkenése);
- kortikoszteroidokkal (K-vesztés fokozódása).

FIGYELMEZTETÉS: Súlyos cerebrális és coronaria-sclerosis esetén, valamint szívinfarktus után adása fokozott óvatosságot igényel.

Kezelés alatt ajánlatos a szérum-elektrolitok gyakori ellenőrzése.

Az egyéb salureticumokhoz hasonlóan előidézhetsé a latens kösvény vagy diabetesz manifesztálódását.

Szedése alatt a szigorúan nátriumszegény diéta előnytelen, mert a K-ürítés fokozásával rontja a vízeletelhajtó, ill. vérnyomáscsökkentő hatást.

MEGJEGYZÉS: Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS: 30 tabletta, térítési díja: 11,80 Ft.

BIOGAL Gyógyszergyár Debrecen
CIBA—GEIGY licencia alapján



JÓZAN MIHÁLY DR.,
TARJÁN JENŐ DR.,
TORDASI ÉVA DR.,
WAGNER GYULA DR.,
BORDÁS ISTVÁN DR.,
JÁVOR ANDRÁS DR.
ÉS KOVÁCS SÁNDOR DR.

Az orális Prazosin kezelés hatása súlyos szívelégtelenségben

Megyei Kórház-Rendelőintézet, Szekszárd I. Belgyógyászat és Kardiológia
(főorvos: Tarján Jenő dr.)
Központi Laboratórium (főorvos: Kovács Sándor dr.)
Dokumentációs és Információs Központ (főorvos: Jávor András dr.)

A szerzők 10, súlyos szívelégtelenségben szenvedő betegük Prazosin [Minipress, 1-(4-amino-6,7-dimethoxy-2-quinazolinyl)-4-(2-furoyl) piperazine] kezelé-
ről számolnak be. A kezelés hatására a szívindex, szisztolés volumen-index szignifikánsan emelkedett, a perifériás érellenállás-index csökkent, a betegek funkcionális állapota javult. Mindezek alapján a szerzők ajánlják a Prazosint a terápia-refrakter szívelégtelenség kezelésére.

Oral Prazosin treatment in severe cardiac insufficiency (Radiocardiographic examinations). The authors report on the Prazosin [Minipress, 1-(4-amino-6,7-dimethoxy-2-quinazolinyl)-4-(2-furoyl) piperazine] treatment applied with 10 patients suffering from severe cardiac insufficiency. Upon treatment the cardiac index and systolic volume-index rose significantly, the peripheral vascular resistance decreased and the functional state of the patients improved. On the basis of the authors recommend Prazosin treatment in cases of therapy-refractory cardiac insufficiency.

A szokványos kezeléssel dacoló, súlyos szívelégtelenség terápiájában egyre nagyobb szerephez jutnak a különböző vazodilatátorok. Ezek támadáspontja kettős: emelkedett pitvari töltőnyomás esetén a vénás visszaáramlás csökkentése, másrészt fokozott perifériás érellenállás esetén a szív utóterhelésének enyhítése (1—11, 15—18, 21, 22, 25, 26, 29, 31—33, 35, 36). A nitrokészítmények ugyan jól csökkentik a kóros töltőnyomást, de kevéssé emelik a percvolument (1, 6, 8, 17, 32). A keringés artériás oldalán ható hydralazin-származékok viszont

jelentősen emelik a percvolument, de alig hatnak a magas töltőnyomásra (5, 7, 17, 18, 28, 32).

A P néhány éve még csak mint antihipertenzív szer volt ismert. A keringés artériás és vénás oldalára kifejtett, közel egyforma tágító hatás következtében mind gyakrabban alkalmazzák terápia-refrakter szívelégtelenségben is (2, 9—11, 13, 16, 19, 21—26).

A következőkben 10, súlyos szívelégtelenségben szenvedő beteg kapcsán számolunk be az orális P kezeléssel szerzett tapasztalatainkról.

Rövidítések:

P = Prazosin;
EKV = effektív keringő vérmennyiség; egysége: l;
SVI = szisztolés volumen-index; egysége: ml/m²;
TPRI = perifériás érellenállás-index; egysége:
 $\text{dyn} \times \text{s} \times \text{cm}^{-5} \times \text{m}^2$;
T = keringési idő; egysége: s;
WI = Willheim-index;
MI = miokardiális infarktus;
CCM = kongesztív kardiomiopátia;
Mitr. insuff. = mitrális insuficiencia;
Ao. insuff. = aorta insuficiencia;
A szívindex egysége l/min \times m².

Prazosin:ICI (Minipress, Pfizer Corp., USA licence alapján hazánkban előállítja a Biogal).

A XXIX. Belgyógyász Nagygyűlésen elhangzott előadás nyomán.

Betegek és módszer

Betegeink klinikai adatait a táblázat tartalmazza. Mindegyik betegünk krónikus szívelégtelenségben szenvedett. A digitális-diuretikum kezelés egyik esetben sem járt eredménnyel, ezért az addigi terápia folytatása mellett, fokozatosan emelkedő adagokban P-t alkalmaztunk. A mellékhatások elkerülése érdekében a P dózisa első nap 0,5, második nap 3 \times 0,5, harmadik nap 4 \times 0,5 mg volt. Az első radiokardiográfias vizsgálatot a P előtt, digitális-diuretikum hatásban végeztük. A második mérés 3 héttel később, digitális-diuretikum-P hatásban történt. A radiokardiográfia módszertanát illetően utalunk az irodalomra (12, 14, 30). A következő paramétereket számítottuk ki: EKV, szívindex, SVI, TPRI, T. Ez utóbbi az EKV és a percvolumen hányadosa: értéke normális keringés esetén 0,6 és 1,1 közötti, keringési hiperkinezisben 0,6 alatti, míg keringési elégtelenségben nagyobb, mint 1,1.

Eredmények

Az EKV nem változott, a szívindex 45%-kal, a SVI 49%-kal emelkedett, a TPRI 63%-kal csökkent

Betegeink klinikai adatai

Sor- Név szám	Kor (év)	Diagnózis	Szívindex		SVI		EKV		T		WI		TPRI		NYHA-		P napi adag (mg)
			Előtt	Után	Előtt	Után	Előtt	Után	Előtt	Után	Előtt	Után	Előtt	Után	Előtt	Után	
1. H. A.	70	St. p. MI	2,81	4,39	28,0	49,8	5,81	5,97	12,4	10,5	1,09	0,71	4119	2369	III	II	16
2. T. I.-né	63	CCM	1,80	2,19	14,1	21,1	4,95	5,00	21,8	19,6	1,79	1,48	7093	4497	IV	IV	12
3. N. E.	64	Mitr. ins.	2,04	2,80	23,2	33,3	6,44	5,47	21,0	12,6	1,66	1,01	3261	2948	IV	III	12
4. S. J.	53	St. p. MI	2,66	2,66	37,0	33,3	4,78	4,55	14,6	13,4	0,99	0,96	3114	3812	III	III	8
5. S. M.	70	St. p. MI	1,95	2,69	27,1	37,4	5,12	4,91	19,0	13,6	1,50	1,07	5459	3357	IV	II	12
6. S. L.	55	CCM	2,37	4,15	22,8	38,4	8,04	9,39	15,0	14,8	1,56	1,05	4732	1992	IV	II	12
7. M. I.	48	CCM	1,33	2,80	12,1	29,8	8,24	8,70	36,0	19,6	2,90	1,51	6796	3326	IV	III	8
8. V. B.	71	Ar. insu.	2,83	4,74	29,5	49,4	3,72	4,46	10,2	8,6	0,86	0,62	3768	1908	III	II	16
9. K. J.-né	59	St. p. MI	1,82	2,58	14,3	21,5	4,92	4,46	22,0	19,2	1,78	1,13	6992	3934	IV	III	12
10. K. F.	54	CCM	1,29	1,55	10,7	13,8	7,19	7,28	31,4	25,2	3,16	2,65	5608	5147	IV	IV	12
Átlag	60,7 (48–71)		2,09± 0,56	3,05± 1,02	21,8± 8,7	32,7± 11,7	5,92± 1,50	6,01± 1,81	20,3± 8,1	15,7± 5,0	1,72± 0,76	1,21± 0,57	5204± 1416	3328± 1061			12 (8– 16)

P kezelés után (táblázat). A T és WI csökkenése nem volt szignifikáns.

A betegek funkcionális állapotában bekövetkezett változásokat a táblázat szemlélteti. A kezelés ellenére 3 betegben nem sikerült javulást elérni, közülük az egyik (10. sz. beteg) meghalt. A boncolás során a klinikai megállapításokkal megegyezően súlyos, biventrikuláris dilatatív kardiomiopátiát találtunk. A többi esetben egy, esetleg két osztályos javulást sikerült elérni.

A betegek a kezelést jól tűrték, az első dózistól jelentős vérnyomásesést nem tapasztaltunk („első dózisjelenség”) és hipotónia miatt a későbbiekben sem kellett a kezelést megszakítani. A kiinduló átlagos vérnyomás 132/79,5 Hgmm volt, amely a P kezelés után alig csökkent (123/76,5 Hgmm).

Megbeszélés

A P hatásos perifériás értágító. Ezt a hatását több támadásponton fejt ki: az α_1 -receptorok izgmának gátlásával közel egyforma értágulat keletkezik a keringés artériás és vénás oldalán, másrészt direkt simaizom-ernyesztő hatása is van (2, 10, 11, 19, 22–27). A gyógyszer szájon át jól alkalmazható. Egyszeri adag bevétel után kb. fél óra múlva a hatás észlelhető, ennek maximuma 1–2 óra múlva jelentkezik. A plazma felezési ideje 2–3 óra (10, 11, 23, 26).

Az irodalom, valamint anyagunk kapcsán szerzett tapasztalataink alapján a P alkalmas a szokványos terápiára refrakter szívelégtelenség kezelésére. Az ilyen betegekben gyakorlatilag változatlan szívfrekvencia és vérnyomás mellett P hatására csökken a jobb és bal kamrai töltőnyomás, emelkedik a jobb és bal kamrai SVI és szívindex. A kamrai funkciók görbe kedvező irányba tolódik el (2, 9–11, 17, 21–26, 32).

A P kezelés fontos előnyének számít, hogy — ellentétben a szívglikozidokkal és katecholaminokkal — a szív teljesítményét úgy fokozza, hogy az nem jár együtt a szívizom O_2 -igényének emelkedésével (2, 10, 36). Ennek főleg az iszkémiás szívbetegség talaján kialakult szívelégtelenség kezelésében van jelentősége. A P kezelés jó hatásairól számoltak be regurgitációs vitiumokban is (11, 23, 25, 26). Ilyenkor a P csökkenti a regurgitációs volumet, csökkenti a bal kamra elő- és utóterhelését, melynek eredményeként a miokardium kisebb O_2 -

igény mellett nagyobb mechanikai teljesítményre képes.

A szívelégtelenség perifériás értágítókkal történő kezelésével szemben gyakran hangoztatott ellenvélemény, hogy nem kívánatos vérnyomásesés jelentkezik. A P erőteljes vérnyomáscsökkentő hatása hipertóniás betegekben figyelhető meg, ahol ez kívánatos effektus. Súlyos szívelégtelenségben szenvedő betegek alacsony szívindexét magas perifériás érellenállás kíséri. Mint azt betegek adatai is igazolják, az arteriolás dilatációból származó vérnyomásesést a percvolumen emelkedése kiegyenlíti, sőt, bizonyos esetekben a vérnyomás emelkedhet (32). Mindezek alapján a hipertónia-kezelés kapcsán leírt „első dózisjelenség”-gel a súlyos szívelégtelenség P kezelése során gyakorlatilag nem kell számolni (2, 10, 22, 23, 32).

A P hemodinamikai hatásai minőségileg a Nitroprussid-natrium és Phentolamin hatásainak felelnek meg, viszont a két utóbbi szer tartós, szájon át történő adása nem megoldott (10).

Hosszú (0,5–1,5 év) időn át folytatott P kezelése tanulságai alapján úgy tűnik, hogy a P akut hemodinamikai hatásai megmaradnak, tachifilaxia-jelenségekkel nem kell számolni, bár ezt a kérdést még nem lehet egyértelműen tisztázottnak tartani (9, 10, 21, 22). Jávör (13) szerint gyakran pszeudotolerancia-jelenségről van szó. Ilyen vonatkozásban még további vizsgálatok szükségesek.

Marshall és mtsai (24) 1979-ben antinukleáris faktor pozitivitást észleltek P kezelés során, de ezt azóta más szerzők cáfolták (20, 27, 35). SLE provokálásáról — mint azt nagyobb adagú hydralazin kezelés során már megfigyelték — ez ideig nincs közlés.

IRODALOM: 1. Antalóczy Z., Préda I., Székely Á.: Magy. Belorv. Arch. 1979, 32, 259. — 2. Awan, N. és mtsai: Am. J. Med. 1978, 65, 146. — 3. Barcsák J. és mtsai: XXVIII. Belgy. Nagygyűlés, Budapest, 1980. Abstr. in Magy. Belorv. Arch. Suppl. 1980, 17, 68. — 4. Buday G., Sárman P., Kerkovits Gy.: XXVII. Belgy. Nagygyűlés, Budapest, 1978. Abstr. in Magy. Belorv. Arch. Suppl. 1978, 14, 85. — 5. Chatterje, K. és mtsai: Circulation 1976, 54, 879. — 6. Chatterje, K., Parmley, W. W.: Progr. Cardiovasc. Dis. 1977, 14, 301. — 7. Dékány M. és mtsai: XXVIII. Belgy. Nagygyűlés, Budapest, 1978. Abstr. in Magy. Belorv. Arch. Suppl. 1978, 14, 86. — 8. Franciosa, J. A. és mtsai: Circulation 1974, 50, 1020. — 9. Hepp, A. és mtsai: 6. Herbstagung

Dtsch. Gesellsch. Herz- Kreislaufforsch. Köln, 1979. Abstr. in Z. Kardiol. 1979, 68, 652. — 10. Himmler, F. Ch. és mtsai: Herz/Kreisl. 1980, 12, 317. — 11. Hockings-Cope, G. D., Clarke, G. M., Taylor, R. T.: Brit. Heart J. 1980, 43, 550. — 12. Horváth M.: Card. Hung. 1978, 8, 171. — 13. Jávör T.: Gyógyszereink. 1982, 32, 145. — 14. Józán M. és mtsai: Magy. Kard. Társ. Tud. Ülése, Balatonfüred, 1982. Előadáskivonatok, 281. old. — 15. Kárpáti P. és mtsai: Card. Hung. 1981, 10, 293. — 16. Kékes E. és mtsai: XXVIII. Nagygyűlés, Budapest, 1980. Abstr. in Magy. Belorv. Arch. Suppl. 1980, 17, 67. — 17. Kékes E.: Gyógyszereink. 1982, 32, 193. — 18. Kerkovits Gy., Sárman P., Buday G.: Magy. Kard. Társ. Ülése, Balatonfüred, 1980. Előadáskivonatok, Sz. 46. — 19. Komarek, J. W.: Herz/Kreisl. 1978, 10, 286. — 20. Kristensen, B. O.: Brit. Med. J. 1979, 1, 629. — 21. Kuck, K. H. és mtsai: 46. Jahrestagung Dtsch. Gesellsch. Herz-Kreislaufforsch. Bad Nauheim, 1980. Abstr. in Z. Kardiol. 1980, 69, 186. — 22. Kuhn, H., Boch, H., Lösse, B.: Z. Kardiol. 1981, 70, 501. — 23. Lowenstein,

J., Steele, J. M.: Am. Heart J. 1978, 95, 262. — 24. Marshall, A. J., McGraw, M. E., Barrit, D. W.: Brit. Med. J. 1979, 1, 165. — 25. Mehta, J. és mtsai: Am. J. Cardiol. 1978, 41, 925. — 26. Mehta, J. és mtsai: Brit. Heart J. 1980, 43, 556. — 27. Melkild, A., Garder, P. J.: Brit. Med. J. 1979, 1, 620. — 28. Packer, M. és mtsai: Am. J. Cardiol. 1978, 41, 420. — 29. Perényi T., Sárman P., Kerkovits Gy.: Magy. Kard. Társ. ülése, Balatonfüred, 1980. Előadáskivonatok Sz. 50. — 30. R. Hal-mágyi M.: Orsz. Röntg. és Sugárfiz. Int. Évkönyve, Budapest, 1980, 45. old. — 31. Sárman P. és mtsai: XXVIII. Belgy. Nagygyűlés, Budapest, 1980. Abstr. in Magy. Belorv. Arch. Suppl. 1980, 17, 68. — 32. Tarján J.: Magy. Belorv. Arch. Megjelenés alatt. — 33. Völ-gyi Z., Gács P., Kretzer, A.: Orv. Hetil. 1982, 123, 1161. — 34. Wágner Gy., Kovács S.: Magy. Kard. Társ. Tud. Ülése, Balatonfüred, 1978. Előadáskivonatok. 47. old. — 35. Wilson, J. D., Booth, R. J., Bullock, J. Y.: Brit. Med. J. 1979, 1, 553. — 36. Wirtzfeld, A., Klein, G., Himmler, F. Ch.: Pharmakotherapie 1979, 2, 59.

KLION

tabletta, hüvelykúp

ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 0,25 g metronidazolum-ot, 1 hüvelykúp 0,5 g metronidazolum-ot tartalmaz.

JAVALLAT

Férfi és női húgy-ivarszervi trichomonas infestatio. Giardia lamblia fertőzések. Stomatitis ulcerosa. Entamoeba histolytica.

ADAGOLÁS

Trichomoniasisban reggel-este 1–1 tabletta 10 napon keresztül. Nők egyidejűleg 10 napon keresztül 1–1 kúpát is helyezzenek fel magasan a hüvelybe.

Giardia lamblia fertőzésben 2 × 1 tabletta, 5 napon át. Entamoeba histolytica esetén 3 × 2 tabletta, 10 napon át.

Stomatitis ulcerosában 2 × 1 tabletta 3–5 napon át. Gyermekeknek 0–1 éves korig naponta 1/2 tabletta, 2–4 éves korig naponta 2 tabletta 5 napon át, étkezés után, 2 részre osztva.

Entamoeba histolytica esetén naponta 2 × 1 tabletta.

MELLÉKHATÁSOK

Ritkán fejfájás, keserű szájíz, bevont nyelv, enyhe hányinger, olykor hasmenés mutatkozhat. Ezek a tünetek a kúra befejezése után maguktól megszűnnek.

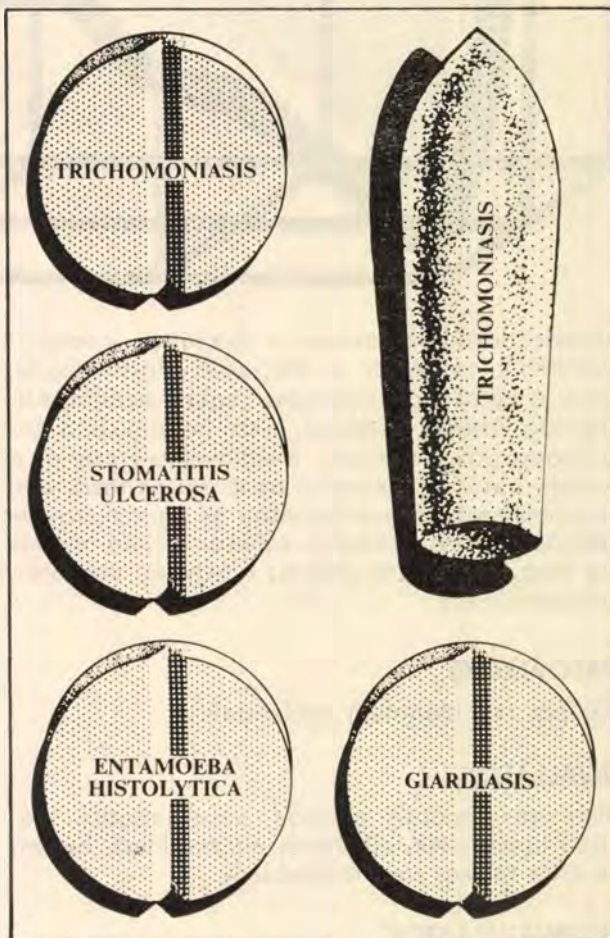
A Klion – mint nitroderivatum – enyhe leukopeniát is okozhat, ezért főként a 10 napos kúra esetén ajánlatos a vérkép ellenőrzése.

FIGYELMEZTETÉS

A terhesség első három hónapjában ne adjuk!

MEGJEGYZÉS

* Csak vényre adható ki, és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.



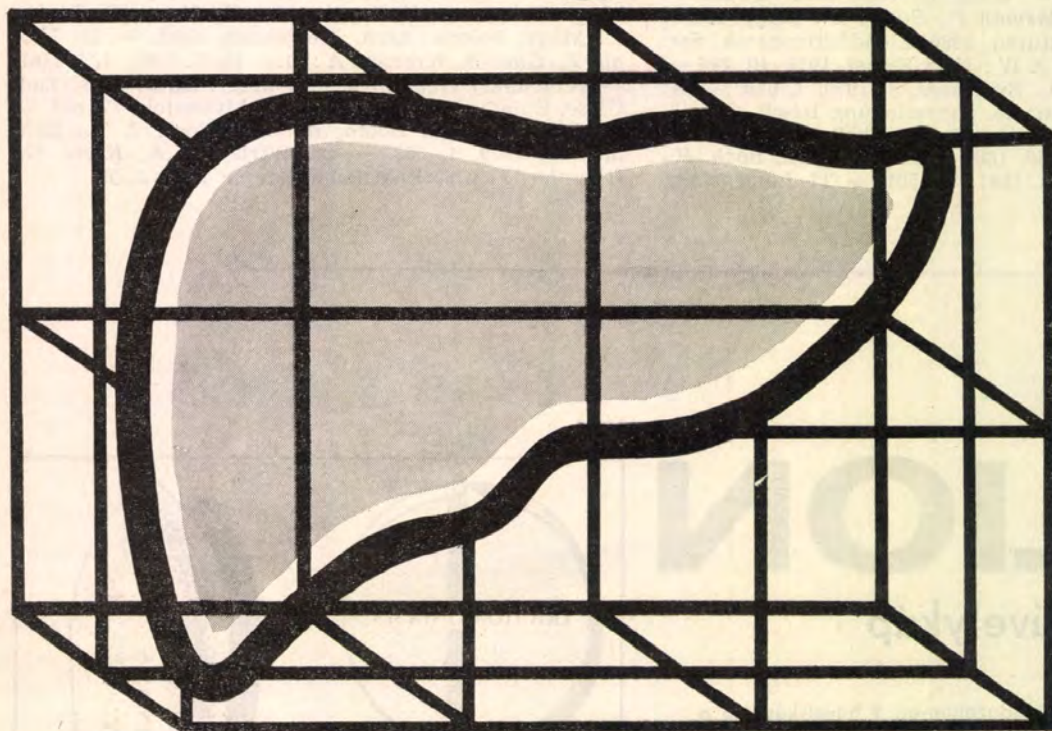
CSOMAGOLÁS

20 tabletta, térítési díj 6,60 Ft
10 kúp, térítési díj 7,50 Ft

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Catergen[®]

TABLETTA
mM 990 Hepatoprotectiva



Állatkísérletekben fokozza a májsejtek energia-termelését, megelőzi a májszövet destrukcióját, segíti a károsodott májsejtek regenerációját. Klinikailag értékes hatásait vírus hepatitisben tanulmányozták. Az eddigi megfigyelések szerint a kezelés hatására lerövidül az icterusos fázis, ami az emelkedett szérumbilirubin és szérum-transzamináz értékek gyorsabb csökkenésében nyilván meg, továbbá enyhül az émelygés, viszketés, étvágytalanság.

HATÓANYAG

500 mg cianidanolum tablettánként.

JAVALLATOK

Akut vírus hepatitis, elhúzódó vírus hepatitis, krónikus hepatitisek, alkoholos májártalmak, heveny és idült toxikus májkárosodások.

ELLENJAVALLATOK

Jelenleg nem ismeretesek.

ADAGOLÁS

Szokásos adagja felnőtteknek naponta 3×1 tablettát étkezés közben. A tablettákat egészben, kevés vízzel kell bevenni. A kezelés szükség esetén több hónapig is folytatható.

MELLÉKHATÁSOK

Ritkán enyhe gasztrointesztinális panaszok (gyomortáji nyomásérzés, gyomorégés, hányinger). Az egyéni túlérzékenység jeleként elvétve allergiás lázreakció, máskor Coombs-pozitív immun-haemolytikus anaemia) haemolytikus icterus) is előfordulhat. Ilyenkor a kezelést azonnal meg kell szakítani.

CSOMAGOLÁS

40 tabl.

TÉRÍTÉSI DÍJ

39,90 Ft.

Előállító:



Zyma AG, Nyon licencia alapján
BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

LÖCSEY LAJOS DR.,
WÓRUM IMRE DR.,
KOVÁCS PÉTER DR.,
POLGÁR PÉTER DR.,
LÖRINCZ ISTVÁN DR.
ÉS WÓRUM FERENC DR.

Több szervrendszer funkciózavarának egyidejű komplex intenzív terápiája akut életveszélyes állapotokban

Debreceni Orvostudományi Egyetem
I. Belgyógyászati Klinika (igazgató: Leövey András dr.)

A szerzők 43, akut életveszélyben levő beteg kezelésében alkalmaztak komplex intenzív terápiát. Egyidejű kontrollált, mesterséges gépi lélegeztetéssel, átmeneti pacemaker terápiával és művesekezeléssel kedvező tapasztalatokat szereztek. A komplex intenzív terápia ideje alatt a mesterséges gépi kezelésből eredő szövödményt nem észleltek. Endogén és exogén toxikózisokban sikerrel alkalmazták az együttes hemoperfúzió és hemodialízis kezelést. Ezzel a terápiás beavatkozással egyesítették a hemoperfúzió és a hemodialízis előnyeit: egyidőben méregtelenítettek, vizet vontak el a beteg szervezetéből — ultrafiltráltak és rendezték a sav—bázis és az ionháztartás zavarát. Hangsúlyozzák az időben alkalmazott komplex intenzív kezelési módok hasznosságát.

Simultaneous complex intensive therapy of the functional disorders of several organ-systems in acute fatal conditions. Complex intensive therapy has been used in the treatment of 43 patients in acute fatal conditions. Favourable experiences were gained with simultaneously controlled artificial instrumental respiration, temporary pacemaker therapy and hemodialysis. No complication due to the artificial instrumental treatment was observed during the complex intensive therapy. Simultaneous hemoperfusion and hemodialysis were successfully applied in endogenic and exogenic toxicosis. The advantages of hemoperfusion and hemodialysis were united with this therapeutic intervention: detoxication, dehydration of the patient's organism, ultrafiltration and the restoration of the acid — base and ion balance were carried out simultaneously. The favourable effect of the simultaneous complex intensive treatments in emphasized.

Régóta ismert, hogy a sokféle, akut életveszélyt jelentő betegség végül néhány közös útbá torkollva eredményezi a beteg halálát. A közvetlen halálok: légzési, keringési, vese- és anyagcsere-elégtelenség. Terminálisan ezek a közvetlen halálokok összefonódhatnak. A betegek többsége el sem jut addig, hogy egy vagy több szervrendszer funkciózavarát egyidőben mesterségesen, géppel helyettesítsék (5, 12, 13). Gyakorlatunkban több endogén (uraemiás, hepatikus, thyreotoxikus) és exogén (különböző mérgek, amanita phalloides, altató és nyugtató szerek, peszticidek, methaemoglobinaemiát okozók stb.) toxikózisban kényszerültünk a beteg életben tartása érdekében egyidőben több szervrendszer funkciózavarát mesterségesen, géppel korrigálni, a komplex intenzív terápia alkalmazásával a beteget az akut életveszélyen átsegíteni, amíg az alapbetegség remisszióba kerül.

A közelményünkben ismertetett betegek akut vagy krónikus veseelégtelenség vagy ezeket megelőző, azt kiváltó állapot, valamint endogen, illet-

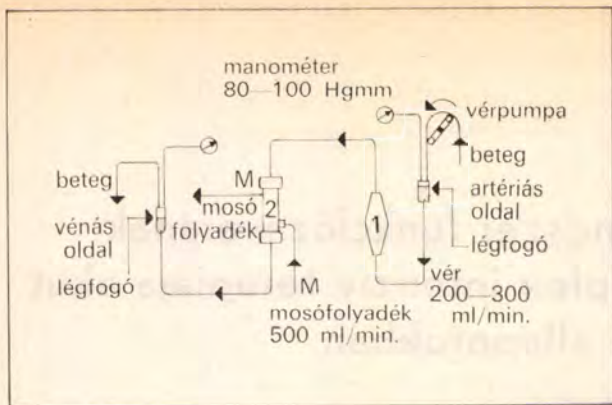
ve exogen toxikózis miatt extrakorporális méregtelenítés céljából kerültek művesekezelésre. Az akut életveszélyes állapot (ritmuszavar, légzési elégtelenség) miatt egyidejű kontrollált gépi lélegeztetést és pacemaker terápiát is alkalmaztunk.

Betegek és módszerek

A beteg nem és alapbetegség szerinti megoszlását az 1. táblázat tartalmazza. Az exogén intoxikációk (n = 21) többsége (n = 15) szuicid szándékú volt, a többi véletlen mérgezés (fagyálló folyadék = 2, gyilkosgalóca = 2, növényvédő szer = 2). A szuicid kísérletek között nyugtató és altatószer, barbiturát származékok (Noxyron, Tardyl, Dorlotin, Seduxen), növényvédő szerek (szerves foszforéter, Gramoxon), gyilkosgalóca és anilínmérgezések voltak.

Akut thyreotoxikus krízisben 5 esetben alkalmaztunk komplex intenzív terápiát a hagyományos gyógyszerelés mellett (10).

Akut veseelégtelenséget egy esetben nephrotoxikus antibiotikum, 3 betegben akut diffúz glomerulonephritis okozott. A krónikus veseelégtelenségben szenvedők csoportjában (n = 13) az alapbetegséget 2 esetben Goodpasture-szindróma, 8 esetben glomerulonephritis váltotta ki, 3 esetben pyelonephritis volt a diagnózis. Ebből a csoportból a krónikus hemodialízis program-



1. ábra: A hemoperfúzió és a hemodialízis kombinált alkalmazása

1. hemoperfúziós kapszula (Absorba C° 300, Hemosin stb.)

2. kapilláris műve (1,3–2,5 m²)

A hemoperfúzió és a hemodialízis kombinált alkalmazásával egyesíthetjük az abszorbens (aktív szén, ioncserélő gyanta) és az effektív hemodialízis előnyeit, detoxikálást, ultrafiltrációt, az ion- és sav-bázis egyensúly zavarának rnedezését. Emellett forszirozott diuretikus terápia is folytatható szükség esetén

ban 8 esetben, 5 betegben pedig még a rendszeres művesekezelések elkezdése előtt jelentkezett az akut életveszélyt jelentő ritmuszavar és légzési elégtelenség tünetegyüttese.

A művesekezelés céljára a vérnyerés akut esetekben mindig Seldinger szerinti percutan punkció után a vena femoralisból, illetve a vena subclaviából, Ödman-katéterek segítségével történt. A krónikus hemodialízis programban kezelt betegek eseteiben Cimini-fisztula, illetve egy esetben Scribner-shunt szolgáltatja a vért. A hemodialíziseket Bellco gyártmányú 1,0–1,2 m² felszínű, egyszeri átfolyású VITA-2 tekeresdializátor segítségével végeztük. A konvencionális hemodialízist oedémás esetekben *Bergström és mtsai* (1) szerinti gyors, sorozatban ismételt ultrafiltrációval — száraz dialízissel — kombináltuk. Ezekben az esetekben a vízelvonást — ultrafiltrációt a mosófolyadék tér felől vákuumpumpával gyorsítottuk. Így rövid időn belül nagy mennyiségű (2–5 liter) folyadékot tudunk kivonni a betegek szervezetéből. Intoxikációkban a hemodialízist, illetve a kombinált művesekezelést (hemo-

perfúziót és hemodialízist együttesen) szükség szerint forszirozott diurézissel egészítettük ki. A hemodialízis indikációit a beteg súlyos klinikai állapota mellett (tüdőoedema, az uraemiás katabolizmust fokozó szövdmények — pl. gyulladások, oligo-anuria stb.) a laboratóriumi eredmények változása (a salakanyagszintek gyors emelkedése, hyperkaliaemia fokozódása, súlyos anaemizálódás, stb.) képezte. A száraz dialízist intraktábilis, vízhajtókkal és hemodialízissel is alig befolyásolható oedémás állapotokban végeztük.

Hemoperfúziót Reed IV stádiumban levő intoxikált betegeken és hagyományos terápiára rezisztens thyreotoxikus krízisben végeztünk (10) Ehhez Gambro gyártmányú Adsorba 300, (kollodiummal bevont aktív szén) kapszulát használtunk. A hemoperfúziót 6 esetben kombináltuk hemodialízissel az intoxikáltak kezelésében. Ilyenkor a hemoperfúziós kapszulát 1,3 m² felszínű Cordis gyártmányú kapilláris dializátorral sorba kapcsoltuk (1 ábra).

Goodpasture syndromás eseteinkben, valamint egy myelomás betegnél — plazmaferezis helyett — több alkalommal csoportazonos 4–5 liter teljes vérral vércserét alkalmaztunk (11). Hasonlóképpen kezeltük methaemoglobinaemiás (n = 2) eseteinket.

Betegeinknél a hypoxia oka a súlyos kardiális dekompenzáció vagy a légzőfelület nagymértékű csökkenése volt gyulladásos tüdőfolyamat következtében (2. táblázat).

Hypoxiát észlelve, először orrszondán át oxigént lélegeztettünk a betegekkel Amennyiben ez nem emelte a pO₂ értékét a megfelelő szintre, akkor maszkon keresztül enyhe túlnyomással folytattuk a lélegeztetést. A fenti beavatkozás ellenére megmaradó súlyos hypoxia (pO₂ kisebb 50 Hgmm-nél) esetén, intubálás

1. táblázat. A betegek nem és alapbetegség szerinti megoszlása

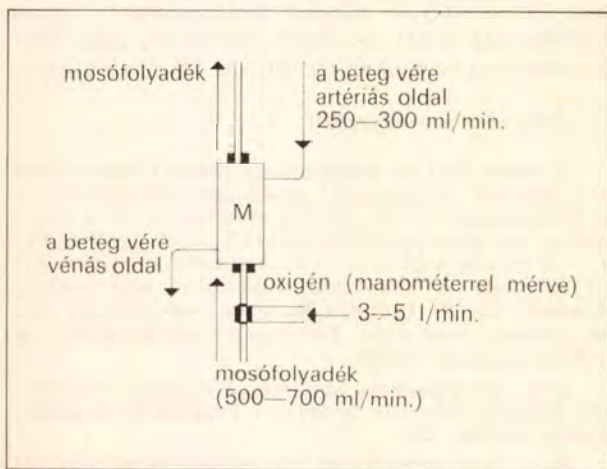
	Férfi	Nő	Összesen
Intoxikáció	7	14	21
Thyreotoxiosis	—	5	5
Akut veseelégtelenség	1	3	4
Krónikus veseelégtelenség	7	6	13
Összesen	15	28	43

után gépi lélegeztetés következett (n = 18). Tracheostomiát akkor végeztettünk, ha az alveolaris hypoventilláció következtében a dekompenzált respirációs acidózis tartósan fennállt, ha az intubálást nem tudtuk elvégezni, vagy ennek lehetőségeit kimerítettük (13). A gépi lélegeztetést Bird—M—8, ill. Bennett MA—1 típusú respirátorokkal, asszisztált vagy kontrollált üzemmódban kilégzésvégi túlnyomással (PEEP = positive end expiratory pressure) végeztük. Óránként ismételtük a vérgázvizsgálatokat Radiometer BMA típusú készülékkel.

Tartós kontrollált lélegeztetésre, valamint patológiás tüdőben a volumen-idő vezérelt gépet — Bennett MA1 — alkalmaztuk, míg a rövidebb ideig tartó asszisztált lélegeztetésre a nyomásvezérelt respirátort — Bird M—8 — használtuk.

A gépi lélegeztetés néhány órától, a legtöbb három hétig tartott. Goodpasture-syndromás esetünkben három hétig folytában a gépi lélegeztetés mellett, demand üzemmódban működő pacemaker terápia és naponta végzett hemodialízis tartotta életben betegünket (11).

Eseteink egy részében (n = 7) még a tracheostomiás tubuson át végzett túlnyomásos gépi lélegeztetés sem eredményezett kellő oxigenizációt. Ezekben a betegekben — a respirátor kezelés mellett — művese tekeresdializátor segítségével, az extrakorporális membrán-tüdő készülékek analógiájára, kísértük meg a hypoxia mérséklését (2. ábra).



2. ábra: Extrakorporális oxigenizálás művesetekercs segítségével

M: művesetekercs — 1,0–2,5 m² felszínű

Az extrakorporális oxigenizáció a dializáló membránon (Cuprophane, Nephrophan, PAN stb.) keresztül történik

2. táblázat. **A betegek alapbetegség, pacemaker indikációk, a hypoxia okai és a vérnyerés módjai szerinti megoszlása**

Alapbetegség	Pacemaker indikáció	Hypoxia okai	Vérnyerés módja művese részére
Intoxikáció (21)		kardiális dekompenzáció (23)	v. femoralis (21)
Thyreotoxikosis (5)	2° A-V block (3)	bronchopneumonia (13)	v. subclavia (14)
Akut veseelégtelenség (4)	3° A-V block (8)		Cimino-fisztula (7)
Krónikus veseelégtelenség (13)	asystolia (3)	bronchiolitis (3) tüdő arteriolitis (2) methaemoglobinaemia (2)	Scribner-shunt (1)

(21): „n” az esetek száma

Az ingerképzési és ingerületvezetési zavarokat a vena subclavián beúsztatott katéterelektród felhasználásával, átmeneti pacemaker kezeléssel próbáltuk megoldani. A generátor frekvenciáját a mindenkori változó, aktuális igénynek megfelelően optimális értékre állítottuk be, demand üzemmódban (n = 14).

A komplex intenzív terápiát a megfelelő hagyományos gyógyszeres kezeléssel (kardiákumok, antibiotikumok, immunszuppresszív-cytostatikus, vérnyomáscsökkentő szerek stb.) egészítettük ki.

Betegeink vitális funkcióit rendszeres laboratóriumi vizsgálatokkal is ellenőriztük: vérgáz- és sav-bázis vizsgálatok, hemoglobin, hematokrit, ionogram, vércukor, szérum fehérje koncentrációk, karbamid-nitrogén, kreatinin, enzimszint-meghatározással. Emellett centrális vénás nyomásmérés és EKG-monitorozás történt.

Eredmény és megbeszélés

Az idejében elkezdett komplex intenzív terápia alkalmazása ellenére a betegek egynegyedét elvesztettük (3. táblázat). A halálok többnyire súlyos bakteriális fertőzés, septicus állapot kialakulása volt (n = 8). A többi betegben (n = 3) az alapbetegség, a Goodpasture-syndroma ismételt tüdő vérzése és egy bronchiolitis volt a halálok.

A szöveti fehérjékhez már lekötődött mérgek eltávolítása még ma is megoldhatatlan feladat (3). Ezért is a mérgezetek kezelésében az időfaktor nagyon lényeges. Az első észlelő és ellátó tevékenységétől, annak hatékonyságától a beteg élete függhet. A legjobb eredményeket a hemodialízis, hemoperfúziós és forszírozott diurézis együttes alkalmazásakor tapasztaltuk. Az aktív szén a nagy molekulású toxikus salakanyagokat (1500 dalton felett), mérgeket és bizonyos hormonokat megköti (3, 6, 10, 14). Ezzel magyarázható a thyreotoxikosisban szerzett kedvező tapasztalat is (10, 14).

A hemoperfúziós kapszulával sorba kapcsolt dializátor a vér felmelegítése mellett (a vér több órás hemoperfúzió alatt lehül és ez szövődményeket okozhat) az isoionia, isohydria és isovolemia megtartását is biztosítja. Az így kezelt mérgezett betegek közül csak 1 Gramoxon mérgezettet vesztettünk el. Vérzéses szövődményt, thrombocytopeniát, hiperkalcaemiát nem tapasztaltunk a hemoperfúzió ideje alatt és utána sem.

A konvencionális hemodialízis és a gyors, szorotban ismételt ultrafiltráció kombinálása az effektív detoxikálás mellett az oedemák lecsapolását is eredményezte. Így az oki és tüneti gyógyszerek jobb felszívódását, valamint a kardiovaszkuláris szövődmények megelőzését is szolgálta (1, 6, 8, 11). Kramer és mtsai (8) súlyos anuriát okozó intoxikációban arterio-venosus hemofiltrációt ajánlanak. A súlyos intoxikációk hemoperfúziós és hemodialízissel kombinált kezelésében Winchester és mtsai (14) közleménye volt irányadó. Ezzel a kombinált eljárással — a hemoperfúzió + hemodialízis — egyesíthettük az abszorbens és az effektív hemodialízis előnyeit. Egyszerre detoxikálhattunk kis és közep-nagy molekulású anyagokat, oedemás esetekben nagy mennyiségű ultrafiltrációt, vízelvonást végezhetünk. Emellett a beteg ion- és sav-bázis egyensúlyzavarát is rendeztük.

Tracheostomia miatt szövődményünk egy esetben sem volt, több heti mesterséges, gépi lélegeztetés után sem.

Súlyos hypoxia keletkezhet vérméreg, kardiális dekompenzáció vagy légzőfelület csökkenése pl. gyulladásos folyamat következtében. Hét beteg kezelésében a gépi lélegeztetés nem kielégítő volta miatt művesetekercs mosófolyadékterébe vezetett

3. táblázat. **A komplex intenzív terápia eredménye**

Alapbetegség	Férfi		Nő		Összesen	
	+	él	+	él	+	él
Intoxikáció	2	5	4	10	6	15
Thyreotoxikosis	—	—	1	4	1	4
Akut veseelégtelenség	—	1	1	2	1	3
Krónikus veseelégtelenség	2	5	1	5	3	10
Összesen	4	11	7	21	11	32

4. táblázat. A vérgáz és sav-bázis eredmények változása az extrakorporális oxigenizáció hatására (ujjbegy vérmintából)

	0 perc	1 óra után	norm.
pH	7,328±0,034	7,316±0,032	7,35—7,45
pO ₂	37,5±12,3	80,8±24,6	95 Hgmm
O ₂ szaturáció	54,2±13,6	96,2±12,4	96%
Basis excess	-6,8± 2,4	-8,2±4,3	0 maeq/l
pCO ₂	28 ± 6,0	10,8±6,4	40 Hgmm

oxigénnel igyekeztünk a betegek állapotán javítani. Így az extrakorporális oxigenizálással egyidőben hemodializáltunk (2, 11). A 3—5 liter/min oxigénátáramoltatás hatását a 4. táblázat tartalmazza. Normalizálódott a pO₂ érték, emelkedett az O₂ szaturáció is. Ezzel szemben viszont romlott a hemodialízis effektusa kb. 10—15%-kal, mivel a levegő buborékoltatása miatt a mosófolyadék nem úgy érintkezett a dializáló membránnal, mint a hagyományos hemodialízis folyamán. Ezt a kedvezőtlen hatást alkalizálással és a mosófolyadék átáramlás-fokozásával próbáltuk ellensúlyozni. Egyes szerzők bikarbonát tartalmú mosófolyadék alkalmazását előnyösebbnek vélik hasonló esetekben a súlyos acidózis miatt (6, 9). A mosófolyadéktérbe vezetett oxigénnel, egyszerű eszközökkel közepes hatásfokú extrakorporális oxigenizálást valósítottunk meg.

A nagy vénákba helyezett Ödman-katéterekkel a centrális vénás nyomás monitorozása megoldható, folyamatos mérésével az infúziós terápia ellenőrizhető. Sürgős esetekben művese részére is elegendő vérhozamot biztosít. A French 4-es pacemaker elektród helyesen kiképzett Ödman-katéteren beúszatható szükség szerint (15, 16).

Plazmaferézis helyett végzett teljes vércserékkel kedvező tapasztalatokat szereztünk. Goodpasture-szindrómás esetünkben a glomeruláris bazalmembrán ellenes antitest titer csökkenésével együtt több hetes remissziót értünk el. Hasonlót tapasztaltunk a myelomás beteg kezelésénél alkalmazott többszöri vércseréknél. A methaemoglobinaemiás esetben is csökkentettük a súlyos hypoxiát. Ez a betegünk jelenleg is eredeti munkakörében, kömüvesként dolgozik. Plazmaferézissel az aktív plazmafaktorok csökkentése és az antitestek, valamint mérgező anyagok eltávolítása is megoldható. Ehelyett végzett teljes vércserékkel az előbb elmondottakon kívül az akut életveszélyes állapotokban gyakori anaemiát is mérsékeljük. Hollán (4) a plazmaferézist az immunkomplexek és aktív plazmafaktorok kicserélésére tartja fontos terápiás eljárásnak. Több szerző immunkomplex betegségek, myasthenia gravis esetén és akut transzplantációs rejekcióban életet mentő terápiás módszerként ajánlja a plazmaferézist (3, 4).

Az általunk alkalmazott komplex intenzív terápiának az akut életveszélyes állapotok nagy részében kedvező hatása volt. Tanulságait a következőkben foglaljuk össze:

1. A hemodialízis + gépi lélegeztetés + extrakorporális oxigenizáció + átmeneti pacemaker kezelés egyidejű alkalmazásából eredő szövödményt nem észleltünk.

2. Nem jogosult a második, harmadik szervrendszer működészavar mesterséges, gépi korrekciójának halogatása az utolsó pillanatig — a megelőzés a fontos.

3. Több szervrendszer funkciójának egyidejű mesterséges, gépi pótlásakor az alapelv a fiziológiás értékek minél tökéletesebb megközelítése legyen:

— kontrollált gépi lélegeztetéssel + extrakorporális oxigenizációval a fiziológiás vérgázértékek biztosítása,

— pacemakerfrequentia mindenkori adaptálása a változó aktuális igényekhez,

— gyakori, rövid időtartamú, nagy vérátfolyással végzett művesekezeléssel megközelíteni a homeostasist (isovolaemia, isohydria, isoionia) és lehetőség szerint kombinálni a művesekezelés alternatíváit (konvencionális hemodialízis, sorozatban ismételt, gyors ultrafiltráció, hemofiltráció, hemoperfúzió, plazmaferézis).

IRODALOM: 1. Bergström, J. és mtsai: Proc. E. D. T. A. 1976, 13, 293. — 2. Bunge, H. J. és mtsai: Anaesthesist 1976, 25, 101. — 3. Gotch, F. A.: Clin. Nephrol. 1978, 9, 144. — 4. Hollán Zs.: Orvosképzés, 1978, 53, 351. — 5. Jakab T., Lencz, L., Forgács I.: Intenzív betegellátás. Medicina, Budapest, 1978. — 6. Kjellstrand, C. M. és mtsai: Kidney Intern. 1975, 2, 30. — 7. Kokot, F.: Opuscula Medico-Technica Lundensia 1977, 21, 143. — 8. Kramer, P. és mtsai: J. Artif. Organs 1980, 3, 225. — 9. Kraut, J. és mtsai: Clin. Nephrol. 1981, 15, 181. — 10. Leövey A.: Orvosképzés 1980, 55, 323. — 11. Lócsey L. és mtsai: Acta Med. Acad. Sci. Hung. 1980, 37, 289. — 12. Széll K.: Orv. Hetil. 1981, 122, 3191. — 13. Varga P. és mtsai: Az intenzív betegellátás elmélete és gyakorlata. Medicina, Budapest, 1977. — 14. Winchester, J. F. és mtsai: Trans. Am. Soc. Artif. Intern. Organs. 1977, XXIII, 762. — 15. Worum, I. és mtsai: 4. Donausymp. f. Nephrol. Ed.: B. Watschinger, B. Osten. G. Seyffart, Verlag Carl Bindernagel, Friedberg) Hessen, 1980. pp. 160. — 16. Worum F. és mtsai: Kézirat.

FARKAS ANDRÁS DR.,
PINTÉR ANDRÁS DR.
ÉS WEISENBACH JÁNOS DR.

Megacystis-microcolon-intestinalis hypoperistaltica szindróma

Városi Tanács VB Egészségügyi Osztálya, Pécs (osztályvezető: Szilasi Anna dr.)
Pécsi Orvostudományi Egyetem, Gyermekklinika (igazgató: Mestyan Gyula dr.)

A szerzők esetük kapcsán ismertetik a ritka megacystis-microcolon-intestinalis hypoperistaltica szindrómát. Összefoglalják az eddig közölt esetek fő jellemzőit, kitérnek a még tisztázatlan etiopathogenezissel kapcsolatos hipotézisekre, valamint a differenciális diagnosztikai megfontolásokra.

Megacystitis-microcolon-intestinalis hypoperistaltica syndrome. The authors describe in connection with their case the infrequent syndrome of megacystis-microcolon-intestinalis hypoperistaltis. The main features of the cases published so far are summarized, hypothesis concerning the so far uncleared etiopathogenesis as well as the differential diagnostic considerations are dealt with.

Berdon és mtsai (2) 1976-ban írták le elsőként a megacystis-microcolon-intestinalis hypoperistaltica szindrómát (MMIHS). A tünetegyüttes lényegét súlyos urológiai és intestinalis anomáliák csaknem mindig fatális kimenetű kombinációja képezi. 1980-ban észleltünk e tünetcsoportba tartozó beteg, akinek kórtörténetét az irodalmi adatok tükrében ismertetjük. Annak ellenére, hogy az eddig közölt esetek száma kevés, a kórkép elsősorban differenciális diagnosztikai szempontból érdeklődésre tarthat számot.

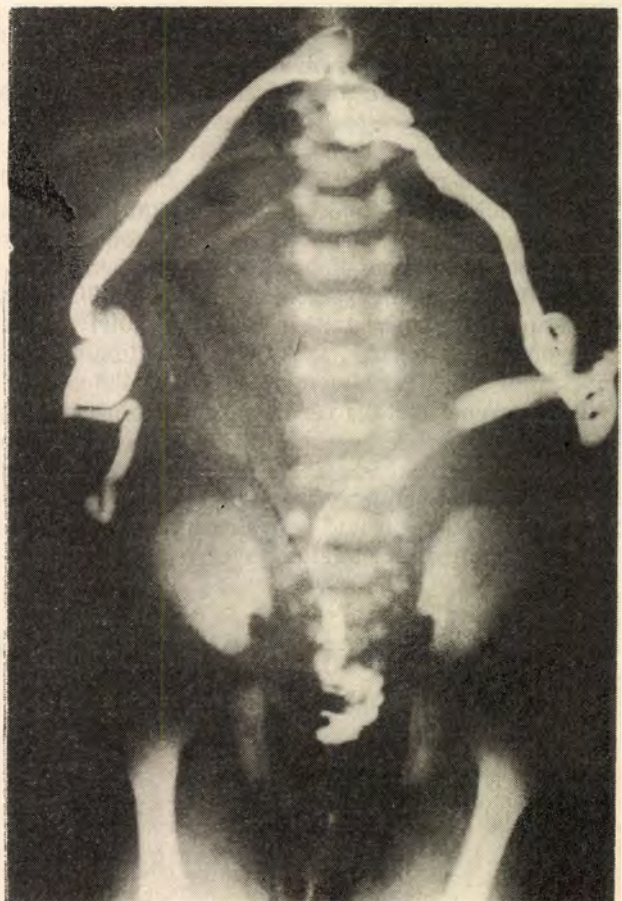
Esetismertetés

Terminusra született 2800 grammos leány anyai anamnézisében hidramnion szerepelt. Az újszülöttet elődomborodó has miatt utalták klinikánkra. A gyomorszondával nagy mennyiségű epés váladékot nyertünk. Meconiumot az újszülött sem spontán, sem beöntésre nem ürített. A natív has felvételen a köldök magasságát meghaladó homogén árnyékot, felette néhány gázos vékonybélkacsot és kissé dilatált gyomrot észleltünk. Az irrigoszkópia microcolont ábrázolt (1. ábra). A hólyag katéterezésekor 350 ml vizelet ürült, mely után a hasi disztenzió mérséklődött. Magas vékonybélzáródás, meconium ileus feltételezett diagnózis miatt laparotomiát végeztünk. A műtét során a has nagy részét a vastag falú húgyhólyag töltötte ki, a gyomor és proximális bélkacsok tágultak voltak (2. ábra).

A jelentősen megrövidült vékonybél mellett elzáródásra vagy meconium ileusra utaló tünetet nem észleltünk. A retroperitoneumban a jobb vesét puhának éreztük, parenchima alig volt tapintható. A csökkent motilitású és extrém nagy hólyagot a felső harmad resectiójával megkisebítettük. Az ileus tüneti kezelése céljából végzett tangenciális coecostomia nem biztosította a bél passagét, ezért a 8. postoperatív napon a coecostomias nyíláson keresztül kontrasztanyagot juttattunk a bélbe, mely antiperisztaltikusan haladva a gyomorba jutott, ahol napok múlva is még kimutatható volt. A perisztaltikus ileus miatt a 12. műtét utáni

napon relaparatomia történt, azonban passage akadályt fenntartó okot akkor sem találtunk. Ileostomia sem eliminálta az ileust, az csecsemő sepsis és sorvadás tünetei között a 28. napon meghalt.

Section során nagyfokban tágult üregrendszerű, jelentősen elvékonyodott parenchimájú veséket találtunk.



1. ábra: A kórképhez tartozó microcolon



2. ábra: A hasból kiemelkedő extrém tágasságú húgyhólyag

A húgyhólyag nagyságát az állandó katéter sem csökkentette; subvesicalis elfolyási akadály nem volt kimutatható. Az ureterek kanyargósak és kisujj vastagságúak voltak. A vékonybél mindössze 60 cm hosszú volt. A szövettani vizsgálat során az ileumban és a colonban kissé csökkent submucosus és myentericus hálózatot, valamint a hólyag falában megfelelő számú dúcsejtet észleltek.

Megbeszélés

Az irodalomban 15 MMIHS leírásával találkozunk, melyek között csupán két fiú szerepelt. A leányok praedispositiojának oka ismeretlen. Az érett újszülöttek mintegy felében (6/14), (tünet/közölt esetek száma) (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9) saját esetünket is beszámítva hidramniont észleltek, mely anencephalia mellett a tápcsatorna magas elzáródások jellemzője. Minden esetben vezető tünet volt a közvetlen születés után jelentkező hasi disztenzió (16/16), melyet az esetek zömében epés hányás követett (9/11). Az enormisan tág hólyag (katéterezés-kor 350–600 ml vizelet) a gyomrot, beleket craniál felé diszlokálja. Gyakori a vese üregrendszeri és uretertágulat, mely lehet egy- vagy kétoldali, de hiányozhat is. Irrigoszkopia minden esetben microcolont tárt fel, nemegyszer malrotatióval (12/15). Az intestinalis hypoperistaltica röviddel születés után a gyomor és néhány vékonybélkacs tágulatában nyilvánul meg. Az abdomen egyéb területe, a rövid vékonybél distalis része, a microcolon és a tág hólyag légtelen. A praeoperatív kórisme általában intestinalis atresia vagy meconium ileus. A műtét során vékony hasfalat, nagy hólyagot, tágult proximális bélkacsokat, rövid béltraktust, microcolont és gyakran malrotatiót találnak, elzáródásra vagy me-

conium ileusre utaló tünetek azonban nem észlelhetők. A sebészi beavatkozás általában a bél stoma felhelyezésére szorítkozik, melynek kedvező hatását csak egy esetben észlelték (7). A hypoperistalticát, a rövid vékonybél kóros motilitását igazolja az az általunk is megfigyelt tünet, mely szerint a stomán át bejuttatott kontrasztanyag bejut a gyomorba (1, 3, 7, 8). Az egyetlen jelenleg 14 éves túlélőtől eltekintve valamennyi beteg meghalt sorvadás és sepsis következtében (7).

Az MMIHS egyik fő jellemzője, mely elkülöníti a tünetegyüttest a hosszú szakaszú (long-segment) Hirschprung-betegségtől, hogy a tápcsatornában (és a hólyagfalban) kellő számú gangliont és idegrostot lehet kimutatni. Ma még nehezen értelmezhető Young azon két esete, amelyekben hólyagfali elasztóizist találtak (7). Eddig a megacystis-megaureter szindrómában írtak le ilyen elváltozást. E tünetegyüttest a nagy hólyaggal, ill. a tápcsatorna funkcionális zavaraival járó betegségektől kell elkülöníteni. A születéskor észlelt nagy hólyag hátterében vagy mechanikus (hátsó urethra billentyű, polyp, strictura, diverticulum, húgycsővet komprimáló kismencedei tumor stb.), vagy neurogén (myelomeningocele, prune belly szindróma, occult neuropathiás hólyag stb.) okok állhatnak.

A MMIHS a klinikai kép alapján a tápcsatorna és a vizeletelvezető apparátus funkcionális obstrukciójának felel meg, melyet azonban a hisztológia nem igazol. A kórkép etiopathomechanizmusa még szintén ismeretlen. Jona és Werlin vizsgálatai felvetik annak lehetőségét, hogy a kórkép hátterében a neuro-musculáris átmenetekben levő csökkent acetilcholin termelés vagy tárolás a felelős (3). Sieber és Girdany közleménye tárgyalja a morfológiailag normális gastro-intestinalis tractus mellett jelentkező funkcionális obstrukciót (5). Lehetséges, hogy a MMIHS ennek a tünetegyüttesnek egy extrémén súlyos formája, mely mindig halálos kimenetelű, de lehetnek a kórképnek enyhébb, esetleg túlélő formái is.

IRODALOM: 1. Amoury, R. A. és mtsai: J. Pediatr. Surg. 1977, 12, 1063. — 2. Berdon, W. E. és mtsai: Am. J. Roentgenol. 1976, 126, 957. — 3. Jona, J. Z., Werlin, S. L.: J. Pediatr. Surg. 1981, 16, 749. — 4. Krook, P. M.: Radiology 1980, 136, 649. — 5. Sieber, W. K., Girdany, B. R.: Surgery, 1963, 53, 357. — 6. Sumner, T. és mtsai: Am. J. Dis. Child. 1981, 135, 67. — 7. Young, L. W. és mtsai: Am. J. Roentgenol. 1981, 137, 749. — 8. Vezina, W. C. és mtsai: Am. J. Roentgenol. 1979, 133, 749. — 9. Wisell, T. E. és mtsai: Pediatrics 1979, 63, 805.



Költség és haszon

A hepatitis B vaccinálás haszna és költségei. Szerkesztőségi összefoglaló: Lancet, 1982, II, 1195.

A hepatitis B-vírus elleni vakcina az eddigi kipróbálás során az egészséges populáció kb. 95%-ánál ellenanyag-termelést indukált, anélkül, hogy bármilyen káros mellékhatása lett volna. Az ezres számot meghaladó oltott homoszexuális férfi között az amerikai vakcina a hepatitis B fertőzés előfordulását $1/8$ -ára csökkentette. A 3 oltásból álló sorozat ára Angliában 63,50 font. Mivel Nagy-Britanniában a vaccinálás költségeit semmilyen szervezet sem fedezi, nyilvánvalóan a népességnek csak a legveszélyeztetettebb része oltandó.

A veszélyeztetettség foka attól függ, hogy egy adott populációban milyen gyakori a megbetegedés. I. Legveszélyeztetettebb csoport (pl. USA-beli homoszexuálisok) 60%-uknak van HBV (hepatitis B-vírus) szerológiai markere, és évenként 15%-os az újonnan átvészelt aránya.

Az oltási stratégia: az említett embercsoport minden olyan tagjának oltása, aki az előzetes szerológiai szűrés alapján fogékonyak bizonyul. Ez az eljárás a hepatitis megbetegedések okozta ápolási költség 31%-ának megtakarításával járt. A megtakarítás összegszerűen igen magas, mivel minden egyes hepatitis B-ben szenvedő beteg kórházi ápolása, utógondozása, laborvizsgálata stb. átlagosan 22 000 dollárba kerül. Ebből következik, hogy a vakcina költsége bőven megtérül.

II. Közepesen veszélyeztetett csoport (pl. a kórházban bentlakó sebészek) 10%-uk pozitív HBV markerekre és 6%-uk év esik át újonnan hepatitis fertőzésen.

Az oltási stratégia: minden veszélyeztetett dolgozót oltani kell, előzetes szűrés nélkül. Ugyanis a radioimmunoassay-vel végzett szűrővizsgálat költsége egy személyre meghaladja a 30 dollárt. Így a megtakarított ápolási költség: 2%.

III. Az átlag-populáció: A HBV markerek 5%-uknál pozitív, és évi megbetegedési arányuk legfeljebb 0,1%.

Ezt a csoportot szükségtelen oltani. Védőoltás tehát csak olyan embercsoportoknál kifizetődő, amelyeknél a megbetegedési arány > 5%/év. Morbiditás > 5000/100 000 lakos/év, a népességre számítva.

Az ismert HBsAg hordozókat ápoló eü. dolgozókat, különösen akik vérvétellel és a vér vizsgálatával foglalkoznak, erősen veszélyeztetettnek kell tekinteni. A HBsAg

hordozók fertőzőképessége ugyan koruk előrehaladásával csökken, a Down-kórosok, immundeficiensek, ill. immunszuprimáltaké ezt a jelenséget nem mutatja. Műve részlegeken dolgozók védelmére Angliában a 60-as évek végétől a HBsAg-re pozitív betegeket elkülönítve kezelik: nemcsak helyileg, de a felszerelést, és a személyzetet tekintve is. Ezek az utóbbi egészségügyi dolgozók az urológiai és nemi betegségekkel (homoszexuálisokra való tekintettel), a haemophiliásokkal, a kábítószeresek és szellemileg elmaradottak kezelésével foglalkozók a magas veszélyeztetettségük közé tartoznak. Ki kell emelni azonban, hogy az említett osztályok betegeit „kiszolgáló” sebészek, fogászok, patológusok, laboratóriumi dolgozók rizikója szintén kiemelkedően magas.

Ugyanezen foglalkozásúak, ha csak az úgynevezett egészséges hordozókkal kell foglalkozniuk munkakörük kapcsán, nem tekinthetők magas rizikójú csoportoknak. (Tehát pl. a fogászokat teljesen felesleges általában védőoltásban részesíteni). Még Angliában is figyelembe veszik, hogy a eü. dolgozó ott kíván-e maradni a magas rizikójú munkahelyen, vagy csak egy bizonyos időtartamot tölt el ott. Utóbbi esetben a drága és nehezen beszerezhető vakcina beadásától eltekintenek.

A betegeket (haemodializáltak, haemophiliások stb.), ill. a krónikus hordozók családját nem kívánják védőoltásban részesíteni. Igaz, hogy a francia vakcina 25 fontba kerül csak, de általában Franciaországon kívül azonos az USA-ból származó vakcina árával.

A vakcina árának csökkentését részben hatékonyságának növelésével (micelláris vakcina), ill. genetikai manipulációval: élesztősejten és sejtvonalon termelt HBsAg-val, vagy szintetizált peptid-vaccina kikísérletezésével vélik megoldhatónak.

Hollós Iván dr.

A finomtű biopsia befolyása a pancreasrákos betegek kezelésére. Mitty, H. A. és mtsai (Mount Sinai Hospital, New York): Amer. J. Roentgenol. 1981, 137, 1119.

Klinikai, laboratóriumi és radiológiai vizsgálatok alapján feltételezett pancreascarcinoma kórisméjének igazolására 53 esetben végeztek Chiba-tűvel percutan transabdominalis biopsziát, az utóbbi időben elsősorban sonographia irányításával. A biopsia 37 esetben adott pozitív eredményt. A negatív biopsia után további 6 esetben a későbbi

bi kórlefolyás rákot igazolt. Téves pozitív biopsiás lelet nem fordult elő. A legkisebb tumor átmérője 3,8 cm volt. A tübiopsia eredménye alapján 30 esetben mellőzték a laparotomia elvégzését. Ez a betegnek a felesleges műtétől való megkímélésén túlmenően jelentős anyagi megtakarítást is jelent. Az érintett betegek kórházi tartózkodási ideje átlag 13 nappal rövidebb volt, mint a műtötteké. Ha ehhez számítják a műtét költségeit, akkor a biopsia költségeinek levonása után a 30 esetre vonatkoztatva csaknem 170 ezer dollárt takarítottak meg. A korszerű és aktív diagnosztika tehát nemcsak a beteg, hanem az egészségügyi költségvetés érdekeit is szolgálja.

Laczay András dr.

Bordatörések röntgenvizsgálata. DeLuca, S. A. és mtsai (Massachusetts General Hospital, Boston): Amer. J. Roentgenol. 1982, 138, 91.

Bordatörés gyanúja esetén elvégzett röntgenvizsgálatoknak a beteg kezelésére és további sorsára való befolyását elemzik. Nem költséges vizsgálatról van szó, de az ilyen célból készített felvételek száma és gazdasági kihatása jelentős. 100 beteg bordatörés gyanúja miatt készített röntgenfelvételei 29 esetben mutattak valóban fracturát. Ezek közül 13 esetben derült fény olyan szövödményre, melynek ismerete a kezelést befolyásolta, mint légmell, haemothorax, tüdőszűződés, atelectasia. Ezek a szövödmények mind a 13 esetben jól látszóztak a szokásos mellkasfelvételen, míg a bordafelvételeken csak 3 alkalommal. Klinikai vizsgálat alapján a törés megítélése nagyon bizonytalan, éppen ezért kéri a bordafelvételt. Ennek azonban önmagában nincs különösebb jelentősége, hiszen a szövödménymentes bordatörés a fájdalomcsillapításon túlmenően kezelést nem igényel. A kezelésre szoruló szövödmények a bordafelvételeken ritkán derülnek ki. Ezért nincs értelme a törés gyanújának tisztázására bordafelvételt készíteni, hanem csak szövödmény gyanúja esetén mellkasfelvételt. A mellkasfelvételen azonban maguk a bordatörések gyakran nem látszanak, de ennek különösebb jelentősége sincsen, legfeljebb törvénytörési vagy biztosítási vonatkozásban. A szerzők intézetében ezen felmérés nyomán a bordafelvételek elvégzését erősen limitálták.

(Ref.: Saját gyakorlatomban ismételtén előfordult, hogy a két irányban készített bordafelvételen törés nem volt kimutatható, de a beteg képerősítő átvilágítása gondos kereséssel akár 2-3 bordatörést is igazolt. Ez a megfigyelés is alátámasztja a rutinszerűen készített bordafelvételeknek a szerzők által hangoztatott értelmetlenségét.)

Laczay András dr.

Szövődménymentes koponyasérültek röntgenvizsgálatának javallatai. A Royal College of Radiologists országos tanulmánya: *Lancet*, 1983, I, 115.

A medicolegalis megfontolások és diagnosztikai bizonytalanságok miatt szövődmenymentes koponyasérülések esetén szinte rutinszerűen készített röntgenfelvételek komoly anyagi megterhelést jelentenek. A Royal College of Radiologists 4829 esetre kiterjedő felmérése szerint 64 boltozati, 2 basalis és 1 frontális törést találtak, 4 betegben alakult ki intracranialis vérömleny. Egy sérült sem halt meg. Klinikailag pozitív volt 1501 beteg, köztük 39 boltozati törés mellett 6 súlyosabb elváltozás akadt, 2 koponyaalap, 1 frontális törés és 3 koponyaúri vérömleny, utóbbiak egyike röntgenképen kimutatható törés nélkül. A klinikailag negatív 3328 esetben 22 boltozati törés mellett csak 1 súlyos sérülés akadt, koponyaúri vérömleny boltozati töréssel. A kezelést és így a beteg sorsát a röntgenfelvétel eredménye mindössze 3 esetben befolyásolta a 4829-ből. Egy ilyen eset felderítése a teljes anyag figyelembevételével 15–30 ezer fontba kerül attól függően, helyenként mennyi egy koponyafelvétel költsége. Az elemzett anyagot 6 csoportba osztották aszerint, klinikailag pozitívnak tűnt-e, volt-e lágyrészsérülés, duzzanat a koponyán, a vizsgáló orvos észlelt-e törésre gyanús jelet, végül külön csoportba sorolták azokat, kiket röntgenvizsgálat lehetősége nélkül is felvettek volna kórházba a tünetek alapján. A legóvatosabb besorolás klinikai pozitivitás — vér- és liquorcsurgás, eszméletzavar, gócjelek — és lágyrészelváltozások esetén készített röntgenfelvételekre vonatkozik. Ilyen feltételek mellett a teljes anyag 78,7%-ában készült volna röntgenfelvétel, ezekből kiderült volna az összes törések 94%-a, ezen belül valamennyi súlyos eset is. A legkritikusabb csoportban csak azokról a betegekről készült volna röntgenkép, akiket ennek lehetősége nélkül is felvettek volna a kórházba a tünetek alapján. Ilyen kritériumok mellett csak a teljes anyag 27,1%-ában történt volna röntgenvizsgálat, kiderült volna a törések 58,2%-a, és a súlyosak közül 1 beteg nem került volna röntgenbe. A két szélsőség közötti csoportok eredményei átmenetet képeznek. A gyakorlati következtetés levonását a szerzők óvatosan az olvasóra bízák.

Lacszay András dr.

Orvostudomány

Megszüntethető-e a fertőzés? J. Howie (Szerkesztőségi közlemény): *Brit. med. J.* 1982, 285, 1593.

Általános, de hamis hiedelem, hogy ma már minden bakteriális betegség okát felderítettük. Ezzel

szemben újabb és újabb pathogen kórokozókat leplezünk le, pl. a legionellákat, mint a pneumonia kórokozót és más baktériumokat, mint pl. a *Clostridium difficile*-t a pseudomembrános colitis, vagy a campylobacterokat a diarrhoea aetiologiájában. Újabb vírusok is jelentkeztek és egyes (korábban „árva”) vírusokhoz megtalálták a betegséget. Az elmúlt évtizedben az enterovírus 70 és az akut haemorrhagiás conjunctivitis közötti kapcsolatra derült fény. A betegség az egész világon végigseper, különösen a trópusokon, milliók betegségét okozván a neurológiai szövődmenyek fokozódásával. Afrika az utóbbi időben gondoskodik a Lassa-, Ebola- és Marburg-betegségekről.

A non-gonorrhoeás urethritisek és más, szexuálisan — megváltozott szokásokkal — terjedő fertőzések ijesztően szaporodnak, a baktériumok pedig mind nagyobb szereppel bírnak a mellkasi és a hasi fertőzésekben.

D. Tyrrell ez év novemberében Angliában tartott előadásában felvette a kérdést, hogy a fertőzések megszűnése remény-e, vagy illúzió? Válasza az volt, hogy egyes fertőzések eltűnhetnek a világ bizonyos részein, de az infekciók egésze nem szűnt meg, legfeljebb sakkban lehet tartani. A Föld nagy részén elviselhetően alacsony szintre csökkent ugyan előfordulásának aránya, de még mindig sok a tenni-való, ahogy azt az internacionális tapasztalatai alapján a klinikai gyakorlatban látta. Különösen a fejlődő országokban alapvetően szükség van a fertőző ágensek, a fertőzések specifikus megelőzésének ismereteire. Nagyon hasznos volna az infectologia pathogenesisének tanulmányozása a mikrobiológia, az immunológia és a patológia területén. (Ref.: bátran idesorolhatjuk a klinikai ismereteket is.) Csak a multidiscplináris tanulmányok összekapcsolása — szervezet és a paraziták interakcióinak összefüggéseiben — teremtheti meg a gyakorlati alkalmazás értékét. Új vakcinák kidolgozása és a régiók javítása jobb lehetőségeket jelenthet a prevencióban, esetleg antitest indukcióval a szervezetben közvetlenül a kapcsolat helye — illetve a baktérium toxin — vagy mindkettő ellen. Remény lehet arra, hogy pl. ilyen úton jobb pertussis vakcinát nyerünk. Az influenza prevencióját is kedvezőbbé tehetik a legújabb pathogenetikai ismeretek, és a dengue vírusinfectio epidemiológiáját is jobban megismerhetjük.

A szervezet általános helyzete, beleértve az élelmezést, a test különböző részeinek normális floráját, általában a környezetet, a szociális és egyéni magatartást, mind olyan tényezők, amelyek meghatározzák a fertőző agensekkel kapcsolatos betegségek jelenlétét vagy hiányát. Milliárdnyi baktérium vesz körül bennünket és — ha kisebbségben

is — egyik-másik némelykor áttöri természetes védettségsünket, különösen ha okatlanul negligáljuk őket vagy visszaélünk velük.

Az értékes antibiotikumok kritikátlan alkalmazásában gyakori az inadaequat klinikai indikáció, de az is igaz, hogy azok a kereskedelembe áramlanak és közömbös visszaéléssel alkalmazzák őket (ezért is mind gyakrabban tapasztaljuk, hogy a kezdetben antibiotikum érzékeny mikroorganizmusok resistenciája fokozódik). Meg kell találnunk az antibiotikumok helyesebb alkalmazásának módját. Meg kell akadályozni a resistens csírák átvitelét, pl. a kórházi mikroorganizmusok adaequat izolálási lehetőségeivel meg kell tanítani a betegeket (Ref.: itt-ott az orvosokat is), hogy ne használjanak nyakrafőre antibiotikumokat és arra is, hogy kerülni kell a rövid idejű, kis adagú antibiotikus terapiát. Határozottan rá kell venni a gyógyszergyárakat és a hivatalos fórumokat arra, hogy egymással és az orvosi illetve állatorvosi gyakorlattal kooperálva meghosszabbítsák az antibiotikumok hasznos élettartamát. Minden taktikát nyitva kell hagynunk magunk számára, hogy az antibiotikum resistens baktériumok terjedését megakadályozzuk.

Értékes, új antivirális anyagok és a humán interferon jelentkeznek a horizonton (genetikai technikával), ígéretesek a hatásosabb, biztonságosabb szintetikus vakcinák is (a teljes mikroba helyett néhány aminosavval). Egyébként a szervezés és a gyakorlat felülvizsgált stratégiájával kell ellenőrzés alatt tartanunk a fertőző betegségeket.

A továbbiakban a víz- és élelmiszerhygiéne, a jobb izolálás és kezelés, több immunisatio, kedvezőbb lakásviszonyok, a szennyvízgyűjtők, a konyahygiéne és más tényezők kérdéséről említi, majd hangsúlyozza a fertőző betegségek és a prevenció gyökeresen megjavított oktatásának fontosságát.

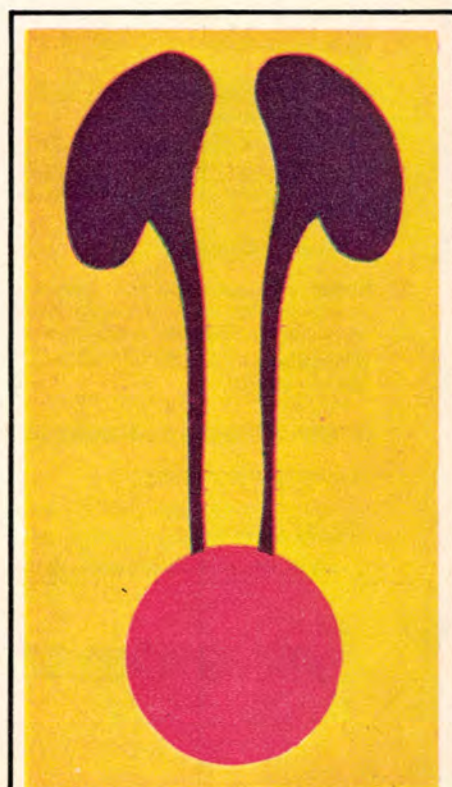
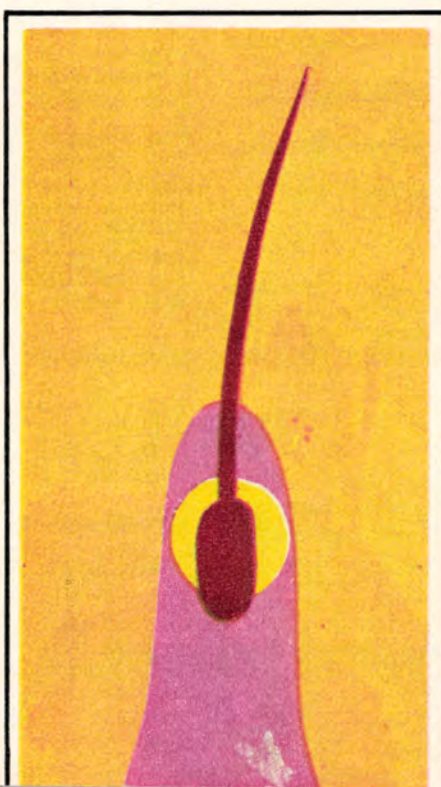
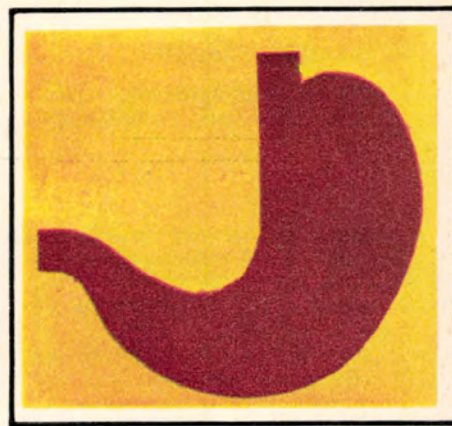
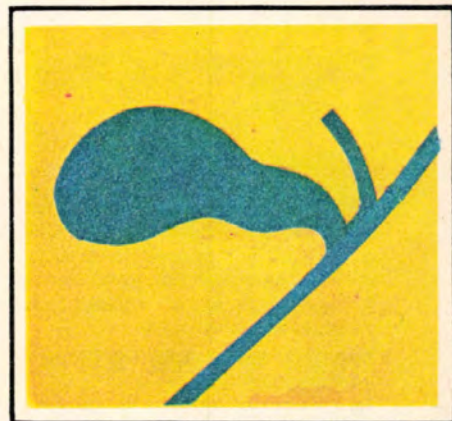
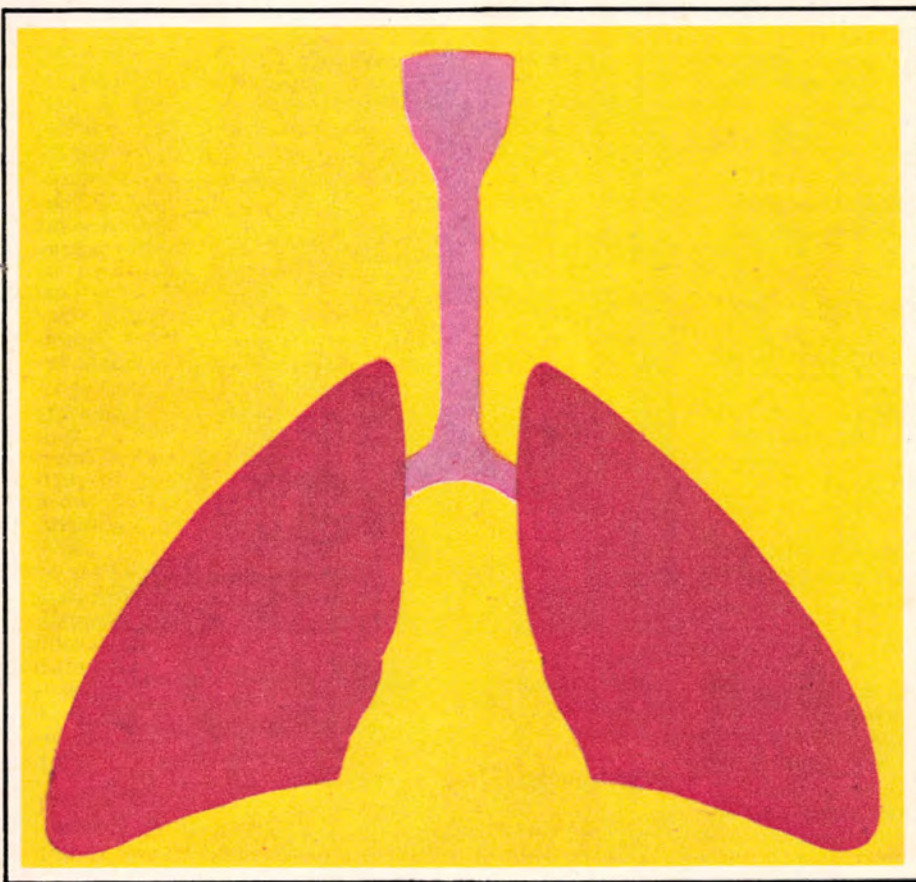
Az orvosoknak és orvostanhallgatóknak meg kell érteniük, hogy az infectologia tudománya nem a múlt történelme vagy a jelen megszokása, hanem az egyre szaporodó ismeretek és fokozódó érdeklődés tárgya. Világosan megfogalmazza, hogy nem engedhetjük meg az akadémiai kereteket és a terjedős programokat a specialisták részére, megfosztva magunkat a klinikai természettudósok csekély számától, akiket igénylünk és támogatunk.

Barna Kornél dr.

A diagnózis művészete. A klinikopatológiai gyakorlat megoldásai. Eddy, D. M., Ch. H. Clanton (Center for Health Policy, Research and Education Duke Univ., Durham NC. és Stanford Univ. CA.): *New Engl. Jour. Med.* 1982, 306, 1263.

Már évtizedek óta tartják a klinikopatológiai konferenciákat „a

SUMETROLIM[®]



SUMETROLIM[®]

szirup, tableta

HATÓANYAGOK

2,5 g sulfamethoxazolum, 500 mg trimethoprimum (100 ml szirupban; 400 mg sulfamethoxazolum, 80 mg trimethoprimum tablettánként).

JAVALLATOK

A felső és az alsó légutak fertőzései: akut és krónikus bronchitis, bronchiectasia, pneumonia, tonsillitis, sinusitis, pharyngitis.

A vese és a húgyutak fertőzései: akut és krónikus cystitis, pyelitis, pyelonephritis, urethritis.

Az epehólyag és az epeutak gyulladásos megbetegedései: cholecystitis, cholangitis.

A gyomor-bél rendszer fertőzései: enteritis, typhus abdominalis, paratifusz, dizentéria.

Bőrfertőzések: pyoderma, furunkulus, abscessus, sebfertőzés. Nemi szervek megbetegedései: gonococcus-urethritis, prostatitis.

ELLENJAVALLATOK

Máj- és veseelégtelenség, vérdyscrasia, szulfonamid-túlergizékenység, terhesség (az első harmadban és a szülést megelőző hetekben).

ADAGOLÁS

Akut infekció esetén legalább 4 napon át (azon túl fenntartó adagban) kell adni, legalább 2 napi tünetmentesség eléréseig. Felnőtteknek: terápiás napi adag 2×2 tabl., fenntartó napi adag 2×1 tabl., maximális napi adag 2×3 tabl. reggel és este étkezés után.

Gyermekeknek: 6 hetes kortól 1 éves korig naponta testsúlykg-ként 6 mg trimethoprim+30 mg szulfametoxazol; ez 3–4 testsúlykg-ként 1 adagolókanál szirup mennyiségének felel meg, melyet 2 egyenlő részben (reggel és este) kell bevenni. 1–2 éves korban $2 \times 1/4$ tabl., ill. $2 \times 1 - 1 1/2$ adagolókanál szirup.

3–6 éves korban $2 \times 1/2$ tabl., ill. $2 \times 1 1/2 - 2$ adagolókanál szirup.

7–12 éves korban 2×1 tabl., ill. 2×4 adagolókanál szirup reggel és este étkezés után.

Egy adagolókanál (4 ml) szirup 20 mg trimethoprim és 100 mg szulfametoxazol hatóanyagot tartalmaz.

3 hónapos kor alatt a gyógyszer adása megfontolandó!

MELLÉKHATÁSOK

Rossz közérzet, fejfájás, gyógyszer-exanthema, gyomorpanaszok (utóbbi ellensúlyozására célszerű kevés sósavat is adni). Ritkán múló jellegű vérképzőrendszeri károsodás észlelhető (leukopenia, thrombocytaszám- és folsavszint-csökkenés). Májkárosodás.

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁSOK

Kerülendő együttadása:

- orális antikoagulánsokkal (antikoaguláns hatás fokozódása);
- fenitoinnal (szintje a szérumban toxikusig emelkedhet);
- orális antidiabetikumokkal (hypoglykaemia veszélye);

sulfonamidum



- PABA-származékokkal (szulfonamid hatáscsökkenés)
- szalicilátok, fenilbutazon és naproxen (a szulfonamid komponens szintjét a szérumban toxikus értékre emelhetik).

FIGYELMEZTETÉS

Koraszülötteknek, újszülötteknek és csecsemőknek 6 hetes korig nem adható! Korlátozott vesefunkció esetén — a kumuláció veszélyének elkerülése végett — csak redukált adagok adhatók (a plazmakoncentráció meghatározása ajánlatos). Hosszan tartó kezelés alatt a vérkép (thrombocytaszám is!) rendszeres ellenőrzése szükséges. Ha a kúra alatt exanthema keletkezik, a gyógyszer szedését azonnal be kell szüntetni. A kezelés ideje alatt a megfelelő mennyiségű folyadékbevitelről gondoskodni kell.

Óvatosság ajánlatos a szer adásában: folsavhiányos anaemiában, krónikus alkoholisták kezelésekor és immunszuppresszív szereket szedő PCP-s betegek kezelésekor.

Laktáció ideje alatt — az első 6 hétben — nem adható. Ha azonban minden antibiotikumra rezisztens és szulfonamidra érzékeny törzs okozza a fertőzést, akkor az anya kezelése alatt és az azt követő 3 napon át az újszülöttnak más anya tejét adjuk, végső esetben mesterséges táplálása (Robébi) szükséges.

MEGJEGYZÉS

✱ Csak vénre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételt. — A tablettát az intézet készletéből kell térítésmentesen kiadni a bőr- és nemi-gondozóban gyógykezelés alatt álló nemibetegeknek.

CSOMAGOLÁS

1 üveg szirup (100 ml) 6,—Ft; 20 tabl., 13,10 Ft.

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

deduktív gondolkodás" iskoláinak. A szerzők 50 nyomtatásban megjelent klinikopatológiai konferenciának jegyzőkönyveit dolgozták fel abból a célból, miképpen jutottak el az orvosok a diagnózishoz. A jegyzőkönyvekből tehát a szellemi stratégiákat felfedező eszmefuttatásokat tanulmányozták, azt, hogyan oldják meg a konferenciákon az orvosok a problémákat.

A differenciáldiagnózis egyébként az orvosi gondolkodásnak talán a legfontosabb és intellektuálisan pedig a legkihívóbb feladata. E pszichológiai folyamatban feszültséghez az vezet, hogy az orvos a saját feje szerint szeretne manipulálni a lehetőségekkel, valahogyan úgy, ahogyan megtanulta a diagnózis felállításának menetét. Ezt már régóta az ún. *Bayes*-féle formula alapján végzik a rutin diagnosztikai munkában. (Ennek a formulának egyik oldalán a leletekből összeálló betegség áll; ez egyenlő a másik oldallal, ahol arányosítják a leletekből összeállítható betegségeket a leletek mennyiségével.) A formula azonban bonyolult vagy ritka esetben csődöt mond, mivel az általánosan érvényes nem hozza egyensúlyba az aktuális előfordulással, a statisztikai átlagtól való eltérést sem érzékeli és nem jelzi azt sem, hogy a leletek alapján többféle betegség is szolgálhat. Így a formulának egyik tagjától sem kaphatunk igazán jó információkat. A feszültség tehát a gondolkodó orvosban a megfontolásra érdemes információk és az interpretálandó leletek és tünetek miatt keletkezik. A lehetőségek nagy tömegét kell számításba vennie és mivel az orvosok betegségekről tanultak, manipulálniuk kell a lehetőségeket. A *Bayes*-formula viszont csak közvetlen analízist tesz lehetővé, közben pedig már áttekinthetetlenek a lehetőségek magyarázatai, mert már meghaladják egy orvos gondolkodási kapacitását, főleg ha nem kap segítséget. Így minden orvos arra törekszik, hogy a problémákat olyan körbe zárja, ahol érvényesíteni tudja a leginkább hatásos, már bejárt gondolkodási képességét, ezért nem fáradozik azon, hogy összehasonlító mintázatokat keressen.

A szerzők tudatában vannak annak, hogy a klinikopatológiai konferenciák gyakorlata számos területen eltér a mindennapos klinikai munkától, hiszen a klinikopatológiai eseteket nem a természet, hanem a patológus választja ki és mindenki előre tudja, hogy a megbeszélésnek sajátos az oka. Továbbá, mivel a patológusnak nem volt kapcsolata a beteggel, ez számára hátrányt, amíg a klinikusnak előnyt jelent a diagnózishoz való eljutásban. Ehhez viszont a patológus érkezik el könnyebben, hiszen egyszerűbb megoldásmódokat használ. Feladata inkább a leletek elhatárolása, selejtezése, semmint azok gyűjtése. Manipulációkra csak

akkor van szüksége, ha zavaros körkèpekkel találkozunk. Mindig az egyes esetekkel számol (a kiválasztott körképpel), ehhez szerez adatokat, míg a klinikusnak a betegség gyakoriságot is szem előtt kell tartania, így az információit is sokkal nagyobb területéről kell összeszednie. Mindezek ellenére a szerzők úgy vélik, hogy a munkájukból feltárolt megfontolások alkalmasak arra, hogy megfeleljenek a klinikai gyakorlat kérdéseire.

Megállapították, hogy 6 lépésben lehet eljutni a diagnózishoz. Az első ezek során a leletek mintázatokba való csoportosítása abból a célból, hogy a mintázatokat előidéző okokat meg lehessen közelíteni. A második lépés a fordulatot jelentő vagy kulcsfontosságú (patognomiás) lelet kiválasztása; mivel ennek rendszerint csak egy föltétele van, ezért igen nagy a jelentősége, hiszen leegyszerűsíti a kérdéskomplexumot. A harmadik lépés az okozatok listájának rangsorolása, főleg abból a szempontból, hogy a kulcslelet melyik hozza létre. Negyedik lépés az okozati lista megtisztítása, vagyis a számításba nem vehető okok kizárása; e lépés inkább összehasonlítások sorából tevődik össze, semmint számításokból és leletek összevetéséből. Ötödik lépés a klinikai diagnózis kiválasztása; ha több van, akkor ezek sorrendiségét is fel lehet állítani; a patológus az idői viszonyoknak leginkább megfelelő és a legteljesebb magyarázatot adó betegséget választja. Végül hatodik lépés a klinikai diagnózis érvényesítése; ez lesz majd a végső magyarázat a betegségre, ha nem is minden leletre (és a többi betegségre).

Tehát e hat lépésben végrehajtott kognitív folyamattal oldják meg az orvosok a klinikopatológiai konferenciákon a komplikáltabb diagnosztikai kérdéseket. E konferenciák akkor tanulságosak, ha az eset bonyolult, de ésszerű diagnózis azért biztosítható; ha a tárgyalás korrekt a megfelelő diagnózis kiválasztásában, vagyis nem a valószínű diagnózisok közül választ. Ilyen föltételek mellett a konferenciák jegyzőkönyvei kiváló betekintést adnak a diagnosztikai gondolkodás tanulmányozására.

(Ref.: *Segédorvosi időszaka klinikopatológiai konferenciáinak igen sok maradandó emléket máig őriz a referens. Illusztris intézetének még illusztrisabb patológusa vezetésével olykor ugyanis korrektnek egyáltalán nem nevezhető, csontvelőig hatoló bajvívások zajlottak le felettesei között. Ezek eredményeképpen az is megtörtént, hogy az illető patológust konzíliumba hívták a súlyos beteg ágyához, mondja meg ő, mi legyen a kiírási diagnózis. Előfordult az is, hogy nevezett egyező klinikai és kórbonctani diagnózis ellenére tárgyalásra vitte az esetet, melynek során aztán mindenkinek bőséges lehetősége nyílt a téves eszmefuttatásokra,*

hiszen a becsapást csak a végén tudta meg. E közlemény viszont a becsületes és tanulságos klinikai konferenciák anyagából merít és következtetése minden orvos számára őszinte megszívlelésre ajánlható.)

Császár Gyula dr.

Férfiak és nők halálozási aránya.

Zimmermann, E. (Bayerisches Statistisches Landesamt, München): Med. Klin. 1981, 76, 729.

Az érdekes statisztikai adatokból a következők emelhetők ki. Minden életkorban több férfi hal meg, mint nő (pro 1000 előre haláleset). A nők átlagban hosszabb életűek, mint a férfiak, ami a nő emancipációjának a korszakában sem változott. Ez már a csecsemőkorban is megnyilvánul; az élet első heteiben egyharmaddal több fiú hal meg. Fiú újszülötteknél több a rendellenes szülés, valamint a veleszületett anomáliák száma is. Az iskolás korban közel kétszer nagyobb a balesetek miatti halál, mint a leányoknál. A 15–25 éves korszakban a férfiak halandósága két és félszer nagyobb, mint a nőké; főok a baleset és az öngyilkosság. Csupán kilencven év körül azonosul a férfi és női halandóság. A férfiakon kilencszer nagyobb a tüdőrákos halálesetek száma. A nőknél az epehólyagbántalmak, magas vérnyomás, diabetes gyakoribb halálokok.

ifj. Pastinszky István dr.

Belgyógyászat

Az enyhe hypertonia terapiája.

Kaplan, N. M. (Dept. Int., Med. Hypertension Div., The Univ. of Texas Health Sci. Ctr., Dallas, TX 75235, USA): JAMA, 1983, 249, 365.

Az USA mintegy 30 millió hypertoniásból 75%-nak enyhébb hypertoniája van, ezek diastolés nyomása 90–104 Hgmm között van. A HDFF (Hypertension Detection and Follow-up Program) 7825 főt magában foglaló hypertoniásának 5 éves utóvizsgálata 1979-ben jelent meg, s mivel gyógyszerelés hatására a cardiovascularis mortalitásban 26%-os csökkenést figyeltek meg, minden hypertoniás gyógyszeres kezelését javasolták.

A tanulmány végkövetkeztetéseit más helyeken is felülvizsgálták, így Oslóban és Ausztráliában is, de ezek a vizsgálatok sem tettek különbséget a 90–104 Hgmm közötti diastolés nyomású betegek között. 1982-ben jelent meg a JAMA-ban (1982, 248, 1465.) a MRFIT (Multiple Risk Factor Intervention Trial) eredménye 8012 hypertoniás betegről, akiken a rizikófaktorokat (dohányzás hypercholesterinaemia) is vizsgálták, diastolés nyomás szerint 3 csoportba osztották őket: 90–94, 95–99 és 100 Hgmm-en felüli diastolés nyomású egyének. A terapia szerint e három csoportot nagyjá-

ból azonos számú páciensre választották szét, egy-egy csoporton belül egyik fele speciális kezelést, másik fele a szokásos kezelést kapta. A legalacsonyabb diastolés nyomásúak között az intenzívebben kezelték koszorúérbetegsége nagyobb számban jelentkezett, mint a kevésbé intenzíven kezelték, s a halálozás is meglepően nagyobb volt az intenzívebben kezelték között. A 95–99 Hgmm-es diastolés nyomásúak között a kétféle kezelési mód nem jelentett különbséget sem a koszorúérbetegség kialakulásában, sem a halálozásban, a 100 Hgmm feletti diastolés nyomásúak között az intenzív kezelés protectív hatása már érvényesült. A teljesség kedvéért hozzá kell még tenni, hogy az intenzíven kezelték között azok koszorúérbetegség halálozása volt magasabb, akiknek már a nyugalmi EKG-juk is kóros volt.

A vizsgálatok eredménye alapján úgy tűnt, hogy revideálni kell azt a korábbi álláspontot, hogy minden enyhe hypertoniást is gyógykezeltetni kell. *Kaplan*, jelen cikk szerzője, a hypertoniásokkal foglalkozó tanulmányokból az alábbi következtetéseket vonja le:

1. Minden emelkedett tensiójú egyént ellenőrizni kell,
2. Különös gonddal kell figyelni a magas rizikójú, de csak 90–100 Hgmm diastolés nyomású egyéneket, s őket gyógykezeltetni kell,
3. Az alacsony rizikójú egyének gyógyszeres kezelésével várni lehet.
4. Célszerű a napi sóbevitel 1,7–2,3 g-os napi megszorítására törekedni minden hypertoniás esetében,
5. A 100 Hgmm feletti diastolés nyomású hypertoniásoknak minden esetben gyógyszert kell adni.

Iványi János dr.

Az öt éves hypertonia szűrési és követési program eredményei. (Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Group, National Inst. Health, Bethesda, Md.): 1982, 247, 633.

Hypertoniás betegeken (diasztolés vérnyomás > 90 Hgmm) öt évig tartó klinikai kísérlet során vizsgálták a cerebrovasculáris történet (CVT) előfordulási gyakoriságát. 178 000 otthoni szűrővizsgálaton átesett 30–69 éves beteg 14,3%-ában találtak 95 Hgmm feletti diasztolés vérnyomást. A mérést 14 klinikai centrumban megismételték, itt a vizsgált betegek közül 10 940 bizonyult valóban hypertoniásnak. A betegek felét (1. csoport) a speciális hypertoniával foglalkozó klinikák egységes program szerinti kezelésében részesítették, a 2. csoport betegeit a társadalombiztosítás orvosai különféle módon kezelték. Eredményesnek tartották a terápiát, ha a diasztolés vérnyomás 90 Hgmm-re csökkent mind az enyhe, mind a közepes, ill. a súlyos hypertoniás betegeken.

Az ellenőrzés: otthon végzett vérnyommérés, fizikális vizsgálat és kérdőíves adatgyűjtés az 1., 2. 4. és 5. év végén történt. A vizsgálati időszak során bekövetkezett CVT megállapításához felhasználták a halotti bizonyítványokat, a nem halálos kimenetelű esetekben kérdőíves felmérést végeztek. Az utóbbi módszer hibaforrásainak csökkentésére a kérdőív adatait ideggyógyász is megtekintette, ő állapította meg, hogy a leírt tünetek megfelelnek-e CVT-nek.

Az öt éves követési vizsgálat kezdete előtt a hypertoniás betegek CVT gyakoriságát 2,5%-nak találták. A felmérés szerint a CVT gyakoriság feketéken a fehérek kétszerese. A CVT előfordulását a standard, fokozatos gyógyszeres program szerint kezelt, az 1. csoportba tartozó betegeken kisebbnek észlelték, mint a 2. csoportú hypertoniásokon (1,9, ill. 2,9%). Halálal végződött az 1. csoportban az összes CVT 28%-a, a 2. csoportban 33%. A legtöbb halálos és nem halálos végű CVT-t a 2. csoportbeli, fekete bőrű, hypertoniás férfiakon észlelték.

Nem találtak összefüggést a vérnyomás magassága, az életkor és a CVT között. E két paraméter tekintve az 1. csoport eredményei kedvezőbbek voltak, főként a 60–69 évesek között. Jelentős volt továbbá az 1. csoport súlyos hypertoniás betegein (diasztolés RR > 115 Hgmm) a CVT gyakoriság csökkenése.

Hosszan fennálló hypertonia, bal kamra hypertrophia, lezajlott szívinfarktus, 1,7 mg% feletti se. kreatininszint, obliteráló érsklerosis mellett a CVT előfordulás gyakoribb. Azokon a betegeken, akik a vizsgálati időszak kezdetén szervi elváltozásban szenvedtek és anti-hypertenzív kezelésben sem részesültek, a CVT morbiditása kisebb volt, mint e két tényező fennállása esetén. Az 1. csoport szervi megbetegedéstől mentes, kezeletlen hypertoniásain a statisztikai valószínűség alapján várható CVT morbiditása 50%-kal csökkent. A legkedvezőtlenebb eredményeket a 2. csoport szervi elváltozásban szenvedő hypertoniás betegein észlelték.

A munkacsoport megállapítása szerint a diasztolés hypertonia kezelése a betegek korától, nemétől, fajától, a hypertonia súlyosságától függetlenül csökkenti a morbiditást és mortalitást.

Holländer Erzsébet dr.

Hypertonia és hyperuricaemia. Van közöttük összefüggés? Godin, M. (Serv. Néphrol. Hop. Bois-Guil-laume, Rouen): Nouv. Presse Méd. 1982, 11, 643.

A serum húgysav tartalom növekedése hypertoniában (kezelés nélkül is) gyakori. 2172 hypertoniás beteg közül a férfiak 19,5, a nők 6,5%-ában észleltek hyperuricae-

miát. Köszvényes betegeken a hypertonia gyakorisága 35–50%. Epidemiológiai vizsgálatok szerint a köszvényes betegek vérmérséka 12 Hgmm-rel magasabb, mint az átlag népessége.

A hypertonia kezelésével gyakoribb lett a hyperuricaemia. A csak diureticummal kezelt betegek 67%-ában észleltek magas serum húgysavszintet, de más antihypertensív gyógyszerek alkalmazása, sőt sympathectomia után is megfigyeltek emelkedett se. húgysav-koncentrációt.

A hypertoniások hyperuricaemiájának egyik magyarázata az extracelluláris folyadékter redukciója. A húgysav clearance hypovolaemiában csökken. Ez a mechanizmus érvényesül a diuretikumok által indukált hyperuricaemiában is. Hypo-natraemiában a húgysav clearance a keringő volumen függvényeként változik.

Bizonyították továbbá, hogy a vese vérátáramlása is befolyásolja a húgysav kiválasztást. Vese arteria stenosisban a kóros oldalon csökken a húgysav clearance. Adrenalin vagy angiotenzin infúzió egészeseken csökkenti a vese vérátáramlást és a húgysav kiválasztást, bár a GFR nem csökken. A hypertonia korai szakában már a GFR változása előtt csökken a vese vérátáramlás. Az utóbbi és a se. húgysav között a korreláció negatív.

Organikus savak, pl. a tejsav csökkenti a húgysav tubuláris szekrécióját, ennek a mechanizmusnak azonban nincs szerepe hypertoniában.

A hyperuricaemia renalis szövődménye a lithiasis és húgysav kristályok lerakódása a medullában. Mindkettő vese parenchyma károsodást okoz. A lithiasis veszélye köszvényben 2,5-ször nagyobb, mint tünetmentes hyperuricaemiában. Az emelkedett se. húgysavszint vesekárosító hatását nehéz igazolni. Kezelt és kezeletlen köszvényes betegek között nem észleltek különbséget 7–11 éves megfigyelés alatt a vesefunkciók romlásában, valamint tünetmentes hyperuricaemiás betegek veseelégtelenségének felfeltáratásában.

A húgysav szerepe a vaszkuláris betegségek kialakulásában ugyan- csak ellentmondásos. Sejttenyésztésben a húgysav az izomsejtekre mitogen hatású. A húgysav Na sói fokozzák a thrombocytá aggregációt, kristályai elősegítik az atheroma képződést. A coronariabetegség valószínűsége köszvényben az átlag-népességének kétszerese. A húgysavszint azonban változik az életkorral, a táplálkozással, a vérnyomás, a vércukor és cholesterolin-értékkel, s multifaktoriális analízissel nem bizonyítható a hyperuricaemia és a vaszkuláris elváltozások összefüggése. Egy másik megfigyelés szerint azok a hyperuricaemiás betegek, akik hypertoniásak lettek, tízszer gyakrabban szenved-

tek vaszkuláris betegségben, mint a normotenzív hyperuricaemiások.

A hypertoniás beteg hyperuricaemiájának kezelési elvei tisztázatlanok. A tünetmentes hyperuricaemia az életkilátásokat nem befolyásolja. További vizsgálatok dőnhetik el, hogy a hyperuricaemia preventív kezelésének megelőzése vagy az uricosuriás kezeléssel járó veszélyek jelentik-e a nagyobb kockázatot.

Holländer Erzsébet dr.

Kezeletlen enyhe hypertonia.

Az enyhe hypertoniák kezelési lehetőségeit elemző ausztrál kutatócsoport beszámolója. *Lancet*, 1982, I, 185.

Az ausztrál terápiás vizsgálatok korábban az enyhe hypertoniákban a kezelés egyértelmű hatásosságát mutatták ki. Protokolljukban 1943 kontroll szerepelt, akik enyhe hypertoniájukra nem kaptak kezelést. Vérnyomásukat ellenőrizték, és követték a betegek sorsának alakulását, az esetleg bekövetkező cardiovascularis vagy cerebrovascularis eseményeket rögzítették. Tanulmányukban ezeken a kontrollokon tett megfigyelésekről számolnak be.

A tanulmányba 1973 június–1975 december között vették be a betegeket, az értékelést 1979 márciusban végezték. A betegek önkéntesek voltak, férfiak és nők, 30–69 év között. Minden alkalommal ülve két mérést végeztek, és ezek átlagát jegyezték fel. Akinél az első mérés alkalmával a diasztolés vérnyomás (DBP) nagyobb vagy egyenlő 95 Hgmm volt, két hét múlva újabb vérnyomást mértek. A tanulmányba azok kerültek, akiknél a két alkalommal mért DBP átlaga 95–100 Hgmm és az SBP átlaga kisebb, mint 220 Hgmm volt, valamint korábban hypertoniás szövődményben nem szenvedtek és a vizsgálat megkezdése előtti három hónapban antitenzív kezelésben nem részesültek.

A betegeket randomizáltan aktív és kontroll csoportba sorolták, utóbbiak placebo tablettát kaptak, ha az újabb két hét múlva sorra kerülő harmadik vizsgálat alkalmával a DBP még mindig nagyobb, vagy egyenlő 95 Hgmm volt. Ez érték alatt csak a vérnyomást ellenőrizték, de ha később bármikor a vérnyomás meghaladta a 95 Hgmm-t, akkor a placebo tablettá adását kezdték el.

A betegek átlagosan négy havonta jelentkeztek kontrollra. Akiüknek a három egymást követő kezdeti mérés alkalmával a DBP nagyobb vagy egyenlő 100 Hgmm volt, vagy a BSP nagyobb vagy egyenlő 200 Hgmm volt, azok definitív antitenzív kezelésben részesültek. Jelenleg a szerzők csak a kezeletlen enyhe hypertoniásokról számolnak be.

Az átlagos szisztolés és diasztolés vérnyomás a megfigyelési idő-

szakban először élesen, majd később lassan, fokozatosan csökkent. 715 beteg nem kapott kezdetben placebo tablettát, mert a harmadik vizsgálatkor a DBP már 95 Hgmm alatt volt. Ezek közül a későbbiekben 478-nál DBP emelkedés miatt placebo szedésre került sor. 237 beteg az egész megfigyelési időszak során tablettát nélkül volt. Az említett vérnyomáscsökkenés utóbbiaknál is megfigyelhető volt. A placebo szedőktől csak a kezdeti vérnyomásértékeinek megoszlása hasonló volt a végig követett 1408 esethez. Utóbbiak között 8,3%-ban volt ún. végpont esemény, 12,2%-ban emelkedett a vérnyomás a megadott határon túl, 32%-ban maradt az enyhe hypertonia, és 47,5%-ban csökkent a DBP 95 Hgmm alá. Abból a 172 betegből, akiknek a vérnyomásuk emelkedett, 148-nak a DBP átlaga az első két mérés során 100 Hgmm vagy magasabb volt és a többieként eltérően a harmadik vizsgálatra tovább emelkedett. Azokban, akiknél a 3 év során a vérnyomás csökkent, 29%-ban volt az első három mérés során a DBP 100 Hgmm vagy ennél magasabb, és 5%-ban emelkedett a harmadik mérés idejére. A három éves várható vérnyomásértékekkel nem függött össze a kor, a nem, a dohányzás, a szérum cholesterol-érték és a családi előzmény (agyvérzés vagy hypertonia).

Cerebrovascularis szövődmények esetén a kezdeti vérnyomások átlaga magasabb volt, mint a hasonló szövődmény nélküli kontrollokban, és a szövődmény viszonylag korán bekövetkezett. Az ischaemiás szívbetegségek vonatkozásában hasonló összefüggést nem találtak a szövődmények a három év alatt egyenletes gyakorisággal jelentkezők.

Megállapítják, hogy enyhe hypertoniások vérnyomása a hároméves megfigyelési időszakban csökkent. Ezt a jelenséget nem befolyásolta a kor, a nem, a családi hypertoniás anamnézis, a dohányzás és a szérum cholesterol-érték. Minden indulási vérnyomás értéktartományban megfigyelhető volt. Mások ugyanezt a jelenséget már normotenzív egyénekben is leírták. A jelenség okai lehetnek: az ismételt mérésekkor csökken a kezdeti szorongás, lehet placebo effektus (bár azoknál is megfigyelhető volt, akik placebo-t nem kaptak), az átlaghoz visszatérés jelensége vagy valamilyen életteni tényező. Utóbbihoz sorolható a testsúly csökkenése, bár még azoknál is megfigyelték a vérnyomás lassú csökkenését, akik a vizsgálati időszakban híztak. Minden újabb intenzív kezelésnél erre

a jelenségre figyelni kell, egyetlen vérnyomásmérés alapján nem szabad antitenzív kezelést megkezdni. Figyelemre méltó, hogy az enyhe hypertoniás betegek felében 3 év múlva a DBP 95 Hgmm alatt volt. Mindezek alapján enyhe hypertoniában a gyógyszeres kezelés megkezdése előtt ismételt vérnyomás ellenőrzést javasolnak.

Az enyhe hypertoniások 120%-ában észlelték a vizsgálati időszakban további vérnyomásemelkedést. Ezeknek a betegeknek az indulási vérnyomás átlaga magasabb volt, mint a többi betegé és az első három mérés alatt fokozatos emelkedést mutatott. Minél magasabb volt a kezdeti vérnyomás, annál hamarabb emelkedett tovább, de még a három év múlva emelkedést mutató betegek indulási vérnyomása is magasabb volt, mint a hasonló emelkedést nem mutatóké. Egyéb eltérés a két csoport között nem volt. Ugyanakkor a kezdeti vérnyomás értékekben az egyes csoportok között erős átfedések voltak. Így az első három mérés átlaga szerint 105 Hgmm vagy efeletti DBP esetek 34%-a maradt továbbra is enyhe hypertoniás és 16%-ban a vérnyomás 95 Hgmm alá csökkent. A szenzitivitás és specificitás szerint a kezdeti DBP értékek közül a 95 Hgmm-t választották ki. Ez alatti érték esetén testsúlycsökkenést javasolnak gyakori vérnyomásellenőrzés mellett. Ebben a csoportban is várható ún. végpont esemény (jelen esetben 16%-ban). Ugyanakkor 95 Hgmm vagy efeletti DBP érték esetén, amennyiben a vérnyomás csak antitenzív szerekkel tartható ezen a szinten, a súlyos szövődmények aránya nagyobb, mint a gyógyszerrel nem szedők között, azaz a vérnyomáson kívül egyéb oki tényező szerepével is számolni kell. Ugyanígy a 95 Hgmm DBP esetekben bekövetkező végpont eredményekért a vérnyomás mellett egyéb faktorok szerepe is valószínűsíthető. *Balikó Zoltán dr.*

Aggresszív myeloma multiplex?

Suchman, A. L. és mtsai (Oncology Service, Dept. of Haematology/Oncology, Cornell University Medical College, New York): *Arch. Intern. Med.* 1981, 141, 1315.

A myeloma multiplex terminális fázisában gyakran találai extraossealis plasmasejtes tumormasszákat, amely differenciálatlan sejtekből áll és részben eltér a beteg korábbi plasmasejtjeinek milyenségétől. Leginkább — a szerzők által tanulmányozott 7 esetben — nagysejtes lymphomához volt hasonlatos és dedifferenciáció eredményének tulajdonítható. Az extraossealis manifestáció helye leggyakrabban a subcutan szövetek, a tüdő, a nyirokcsomók és a gingiva voltak. Az extraossealis tumor megjelenésére általában a myeloma fennállása után 10–20 hónappal kerül sor. A

leggyakrabban észlelt immunoblastoma eredete úgy képzelhető el, hogy az eredeti myeloma dedifferenciálódott, vagy lényegében második tumor keletkezéséről van szó, ami a kemoterápia eredményeként mint indukált tumor jött létre. Ezek a tumorok nem termelnek immunoglobulint. Kifejezetten chemoterápia resistensek és rendkívül gyors növekedésűek. Helyesebbnek vélik, ha nem agresszív myeloma multiplexről beszélünk ezekben az esetekben, hanem agresszív terminális fázisról, amelyre egy második tumor és a rendkívül rossz prognózis a jellemző.

Berkessy Sándor dr.

Ritka myeloma multiplex. Neils, G. F. (Dept. of Internal Medicine, Sophia Ziekenhuis, Zwalle Hollandia): Acta Med. Scand. 1982, 211, 141.

Az első IgD myeloma leírása óta alig 140 esetét írták le az irodalomban, így gyakorisága nem tehető 0,0–2,1%-nál nagyobbra. A közölt esetek többsége IgD lambda típusú protein termelésével járt. Non-sekretoros formáját 1963-ban közölték első ízben. A szerzők 55 éves nőbetegén az IgD myeloma olyan típusát észlelték, amelyik kappa könnyűlánc típusú volt, s egy olyan másik clonnal társult, amelyik csak intracelluláris IgD produkciót mutatott és nem szekretált kappa könnyűláncot. A könnyűláncot szekretáló clon volt morfológiailag differenciáltabb. A könnyűláncot nem szekrelő clont — Hobbs véleményével egyezően — dedifferenciálódott clonnak tartják. Kezelésként melphalant + prednisolont alkalmaztak, ennek hatására a beteg spontán fracturái gyógyultak.

Berkessy Sándor dr.

Polyvalens pneumococcus vakcina alkalmazása myeloma multiplexes betegekben. Schild, R. A. és mtsai (Brooke Army Medical Center, San Antonio): Cancer, 1981, 48, 1377.

Myeloma multiplexes betegekben igen gyakoriak a bakteriális fertőzések, különösen a pneumococcus infekciók. Ennek oka a myelomás beteg súlyos fokú humorális immundeficienciájában rejlik. Kimutatható, hogy vérükben igen alacsony az antibakteriális ellenanyag-titer, és ellenanyag-termelésre alig képesek. Ennek ellenére kívánatos volna, hogy a leggyakoribb fertőzések ellen (melyek közé a pneumococcus infekciók is tartoznak), a betegeket immunizáljuk. A szerzők 30 myelomás betegen végeztek kísérleteket arra vonatkozóan, hogy antibiotikus kezeléssel együtt alkalmazott polyvalens pneumococcus vaccinnal biztosítható-e megfelelő ellenanyag-titer. Az eredmények azt mutatták, hogy csak mini-

mális mértékű ellenanyag-termelésre voltak a betegek képesek. Feltételezik, hogy antibiotikus védelem nélkül végzett vakcinációnak több eredménye lehet.

Berkessy Sándor dr.

Könnnyűlánc nephropathia. Tubbs, R. R. és mtsai (Dept. of Pa'hology, Immunology and Nephrology, Cleveland Clinic Foundation, Cleveland): Amer. J. Med. 1981, 71, 263.

A myeloma multiplex leggyakoribb szövődménye a nephropathia, amely amyloidosis, urát nephropathia, pyelonephritis és tubulointerstitialis nephropathia formájában nyilvánulhat meg. Glomerulopathia ezekben az esetekben viszonylag ritkán figyelhető meg, a legsúlyosabb elváltozások a tubulusokat érintik. A szerzők immunhistológiai vizsgálatokat végeztek 13 myeloma multiplexes betegük vesebiopsiás anyagában. A legsúlyosabb elváltozásokat — monoclonális immunoglobulin könnyűlánc-depositio formájában — a tubulusok basalis membránjain találtak, nehézlánc depositiót nem észleltek. Membranoproliferatív elváltozásokat, amelyek glomerulonephritist emlékeztetnek volna, nem találtak. Legsúlyosabb tubuluselváltozásokat kapp könnyűlánc depositio eseteiben észlelték. Egyetértenek azokkal a korábbi megállapításokkal, hogy a tubularis könnyűlánc depositiónak az oka az lehet, hogy a tubulussejtekben elégtelen a könnyűláncok metabolizációja, ill. hogy ezekben az esetekben a tubulusmembrán káros affinitással rendelkezik könnyűláncok iránt. Lambda könnyűláncok esetén mégsem ritka, hogy a glomerularis basalmembrán mentén észlelni depositiót, melynek oka ez ideig ismeretlen tényezőkben rejlik, amire az is utal, hogy ezek között gyakran nem myeloma multiplex képezi az alapbetegséget. Tapasztalataik szerint sem reversibilis a könnyűlánc nephropathia, s ennek megelőzésére sem találtak megoldást.

Berkessy Sándor dr.

Tartós testi megterhelés hatása a zsírsanyagcsere. Wirth, A., G. Schettler (Klin. Inst. f. Herzinfarktforschung, Med. Universitätsklinik, Heidelberg): Med. Klin. 1982, 77, 105.

Különböző belbetegségek megelőzésében a testi aktivitás jelentőségét legelőször az USA-ban és a skandináv országokban ismerték fel, anélkül azonban, hogy ennek kórélettani ismereteit megalapozták volna. A testi edzés (idült, azaz ismételt testi aktivitás) a keringési, légzési, hormonális és metabolikus tényezőket befolyásolja; az utóbbiak közül főleg a zsírsanyagcsere változásai lényegesek, hiszen az ismétlődő testi megterhelés a zsír-

anyagcsere mennyiségi és minőségi változásait eredményezi, mind a savó, mind a lipidek fokozottabban oxidálódnak, az energiát főleg a szabad zsírsavak és a triglyceridek szolgáltatják.

A rövid ideig tartó megterheléssel ellentétben a hosszabb ideig tartó edzőskor a szabad zsírsavak szintje süllyed. A lipoproteinekből az atherogen VLDL („very low density lipoprotein”) és a LD-frakciók kevesbednek meg, míg a protektív HD-frakció emelkedik. A zsírszövet fokozottabban építődik le és az újraképződése csökken. A többszörsen telítetlen zsírsavak szaporodnak. A testsúly csökkentése egyedül pusztán edzéssel alig érhető el. A testi edzés folytán a zsírtömeg csökkenése a zsírsejt nagyságának csökkenésén és nem a zsírsejtszám kisebbedésén alapul. A masszív testsúllyal bíró (ún. hyperplastikus típusú) betegek legtöbbször nemcsak nagyobb, de több zsírsejttel is rendelkeznek, mint a normál egyének. Tisztázatlan még, hogy az izommunkával valamennyi zsírszövet egyformán apad-e le, vagy csak bizonyos testtájékok részesülnek előnyben. Ha valaki fogyni kíván, az edzéseit éhgyomorra végezze, mert így van a lipolysis serkentésére optimális hormonhelyzet.

A koszorúér megbetegedéseit illetően a testi edzés mind a megelőzésben, mind az elszorított infarctus utáni rehabilitációban a klinikai megfigyelések szerint helyesnek bizonyult. Nagyszabású epidemiológiai tanulmányok szerint a csekély testi aktivitás egyénekben gyakoribb a szívhalál, mint azokon, akiknek több izommunkát kell végezniük. Ismeretes, hogy a maratonszerű autopsiájában koszorú-sclerosisokat figyeltek meg. A tartós edzés folytán nem várható immunitás a szívinfarctus ellen, csupán valószínűleg kisebb a megbetegedési kockázat.

Nincsenek adatok arra, vajon a sporttevékenység az arterialis elzáródásos megbetegedések megelőzésében milyen szereppel bír. A testi tevékenység diabetes mellitusban is előnyösen befolyásolja a szénhidrát- és insulinanyagcserét. Bizonyos az is, hogy az atherosclerosis formakörébe tartozó kórképek megelőzésében és kezelésében értelemszerűen helyes.

Az edzés gyakorlati kivitelezésében még sok nyitott kérdés van. A nagy teljesítményű sporteredmények azt mutatják, hogy a legjobb edzési teljesítmény az ún. anaerob küszöbön érhető el. Az edzés gyakoriságára sincsen tiszta állásfoglalás; csupán az edzés módjára van egységes nézet: csak a kitartható edzés (kerékpározás, úszás, evezés stb.) vezet a lipidanyagcsere említett változásaihoz.

ifj. Pastinszky István dr.

Csecsemő és gyermekgyógyászat

Lázás görcsroham. — Kell-e minden gyermeknek lumbálpunkciót végezni? Kehr, S. (Mainzi Egyetem Gyermekklinika): Pädiat. Praxis, 1981, 24, 645.

A szerző klinikáján minden úgynevezett „szövődménymentes lázgörcs” (SZL) esetén lumbálpunkciót (LP) végeztek.

Az 1976–78 között SZL miatt felvett összes betegük katamnesztikus vizsgálatát elvégezték. Vizsgálták azokat is, akiket meningitis (M.) miatt kezeltek. Betegeik 1–5 éves korúak voltak. „Komplikált lázgörcsről” beszéltek akkor, ha a görcsöt M követte. Az első csoportba, akiknek SZL-ük volt — 118 beteg került. A második csoportba 49 olyan hasonló korú gyermek került, akiknél a serosus vagy genyenes M-t vagy meningoencephalitist görcsök, ill. tipikus meningitises tünetek jellemezték.

Az első csoportban 118 gyermekből 113-ban (96%) történt LP. Négy alkalommal iatrogen bevezetés miatt újabb LP történt. Egyszer suboccipitalis punkciót végeztek. Egy esetben sem volt pleocytosis vagy pozitív bakteriológiai lelet. Egy alkalommal azonban a LP után 3 nappal bakteriális M-t mutattak ki.

A második csoportban egy meningoencephalitis és 48 M volt, ezek közül egy gennyes és 34 lymphocytosis M volt. Egyszer sem volt előzetes görcsroham és a lefolyást sem komplikálta görcs. A gennyes M-t 93%-ban egyértelmű meningealis tünetek kísérték. Serosus meningitis esetén 91%-ban láttak meningealis tüneteket.

A LP 6 hónapon aluli csecsemőknél elengedhetetlen lázas görcs esetén, mert a meningealis tünetek hiányozhatnak M-ben; 6–18 hónap között a vélemények megoszlanak.

A fentiek alapján szerző kisgyermekkorban nem tartja indokoltnak a LP-t SZL esetén. A döntést azonban csak tapasztalt gyermekgyógyászra lehet bízni, aki a kórelőzmény és vizsgálati eredmény alapján határozhat a LP elvégzése vagy elhagyása mellett.

[Ref.: A szerző véleményét el lehet fogadni, de mielőtt valamely osztály vezetője ebben a kérdésben döntene, nyomtatékosan ajánlom Lorbeer, J. és Sunderland, S. „Lumbálpunkció gyermekkorban lázas görcsök esetén” kiváló cikkének elolvasását (Lancet, 1980, I, 785.), mely ezzel a kérdéssel behatóan foglalkozik.]

Korányi György dr.

Bakteriaemiás gyermekek meningitise lumbálpunkció után. Teele, D. W., Dashefsky, B., Rakusen, T., Klein, J. O. (Bostoni Egyetem és Városi Kórház Gyermekosztálya): New Engl. J. Med. 1981, 305, 1079.

Több mint félszáz évvel ezelőtt klinikusok leírták, hogy bakteriae-

miás gyermekek lumbálpunkciója (LP) után később meningitist észleltek.

A szerzők a Bostoni Egyetem és Városi Gyermekkorházban 1971–80 között azokat a gyermekeket figyelték meg, akiknek vérbakteriológiai vizsgálatából Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae és Neisseria meningitidis tenyésztett. Összesen 271 gyermeknél 277 bakteriaeamiás epizód esetén végeztek megfigyeléseiket. Kizárták az első vizsgálatnál meningitisesnek bizonyult gyermekeket és azokat, akiket olyan betegeknél találtak, hogy azonnal parenterális antibiotikus kezelésben részesültek. A vérvételtől 77%-ban Streptococcus pneumoniae, 20%-ban Hemophilus influenzae és csak 3%-ban tenyésztett Neisseria meningitidis. A betegek 90%-át az ambulanciára küldték és 29 beteget tartottak a klinikán, ezek közül 21-et első lázas görcs miatt. A betegek nagy része 2 éven aluli volt, lázukat 39 °C közelében észlelték; a fvs > 15 000. Az első vizsgálatkor 137 gyermek nem kapott antimikrobás kezelést, mert a fertőzés tünete nem volt kifejezett. 140 gyermeknek, akiknél otitis mediát, pneumóniát vagy pharyngitist találtak, penicillin csoportba tartozó valamelyik antibiotikumot rendeltek.

Meningitis (M) mindössze 9 gyermekben fejlődött ki. A M. diagnosztizálásának átlagos ideje 2 nap volt (1–9 nap között). Valamennyi kezelt gyermeknél, akiben később M fejlődött ki, a vérből és liquorból (vagy mindkettőből) a kezdetben talált baktériumot izolálták. Minden M miatt kezelt gyermeknél pleocytosist találtak, de negatív volt a bakteriológiai lelet vérből és liquorból. A kezdetben kezelt M-e nem volt rezisztens az alkalmazott kezeléssel szemben.

A gyermekgyógyászok az első vizit alkalmával 46 bakteriaeamiás gyermeknél végeztek LP-t. A liquor minden esetben negatív volt. Később ezek közül 7 gyermeknél észleltek M-t, de a 231 gyermekből, akinek ugyancsak bakteriaeamiája volt és nem végeztek LP-t, két alkalommal láttak M-t (P < 0,001!) Ezek a gyermekek mind egy év alattiak voltak.

Ha antimikrobás kezelést adtak az egy éven aluliaknak, akkor a későbbi M valószínűsége kisebb volt. A 17 egy év alatti csecsemő közül, akiket pungáltak és folytatták a kezdeti antimikrobás kezelést kettőnél fejlődött ki M. Az összes többi klinikai és laboratóriumi paraméterek és a kifejlődő M között nem volt szignifikáns összefüggés.

Ezek az adatok a bakteriaeamia esetén végzett LP és a későbbi bakteriális M. közötti szignifikáns összefüggésre utalnak. Még szorosabb volt az összefüggés, ha az egy éven aluli gyermekek kezdetben nem kaptak antimikrobás kezelést. M. csaknem mindig olyan gyermekben fejlődött ki, aki bakteriaeamiás volt

és kezdetben LP-t végeztek, de ugyanilyen feltételek mellett ritka volt a M., ha nem történt LP.

Az összefüggésre több magyarázat van. LP bizonyos gyermekekben M-hez vezethet. Kuttyákban hasonló körülmények között M fejlődött ki. Maga a bakteriaeamia ritkán okoz meningitist. Másrészt klinikai megítélés alapján LP előtt az orvos nem képes kiválasztani, hogy kiből fejlődik ki M. A bakteriaeamia már olyan súlyos tünetekkel járhat, hogy azok a LP elvégzésére készítik az orvost.

Mindez az egy éven aluli lázas csecsemők kezelését indokolja. A bakteriális M korai diagnózisa fontos a mortalitás és késői következmények csökkentése miatt. A csecsemőkorai bakteriaeamia, magas láz, leukocytosis és előzetes LP ismét csak M-re utalnak. Ilyen betegek kórházi kezelése szükséges.

[Ref.: A kérdés nagy fontossága miatt részletesen referáltam a közleményt. A gyermekorvos dilemmáját a LP kérdésében a világhírű klinika világhírű szerzői sem oldják meg. Nem véletlen, hogy az Arch. Dis. Child. c. lapban néhány éve „To tap or not to tap?” (Lumbálni vagy nem lumbálni?) címen jelent meg szerkesztőségi közlemény.]

Tekintettel arra, hogy a hazai gyakorlatban nem végeznek az ambulanciákon sem vérbakteriológiai vizsgálatot, sem LP-t, referens javaslatom az, hogy M gyanúja esetén a beteget kórházba kell küldeni. A kórházban orvosi konzílium döntson a LP-ről. Ha nincs két orvos és felmerül a M. lehetősége, történjen LP. Az említett kritériumok esetén negatív liquorlelet ellenére, adjunk valamilyen penicillinszármazékot (de sohasem tetracyclineket).]

Korányi György dr.

A chiasma opticum gliomái a gyermekkorban. Kalifa, C. és mtsai (Service de Pédiatrie, Institut Gustave-Roussy, 94500 Villejuif): Arch. Fr. Pédiatr. 1981, 38, 309.

A chiasma és a n. opticus gliomái a gyermekkorban intracraniális tumorkok 5%-át teszik ki, tehát ritkák. Fejlődésük lassú, így időben ritkán diagnosztizálják. A glioma lokalizációja és kiterjedése alapján 3 típust különítenek el; ezt az osztályozást is figyelembe vették beteganyaguk értékelésénél. Az I-es típusban a tumor a n. opticus intraorbitalis részére lokalizálódik; II-es típusnál a tumor a chiasma egészét, vagy egy részét érinti, a n. opticus is infiltrált. A III-as típusnál a tumor nagytömegű, a chiasma és a n. opticus mellett szomszédos szervekre, főleg a hypothalamusra is ráterjed, többé-kevésbé destruálja a III. kamrát.

Szövettanilag jóindulatú tumorkok, kis kereksejtekből állanak chromatinban gazdag nagy maggal.

A szerzők 1956 és 1978 között 57 gyermeket kezeltek opticus gliómával, akik közül az I-es típusba 3, a II-es típusba 18, a III-as típusba 36 beteg tartozott. 26 volt fiú, 31 a leány. Az 57 gyermek közül a glioma diagnózisának felállításakor jelentős rész jól felismerhető neurofibromatosisban szenvedett. A gyermekek életkora 9 hó és 15 életév között változott. 55 gyermek strabismussal is kísért látási zavar is jelentkezett, a szemfenéken többé-kevésbé kifejezett opticus atrofia volt észlelhető. Miután a látás-élesség romlása hosszú ideig stationer marad, nehéz a valódi okra gondolni. A betegek kis részénél endokrin-zavarok is jelen voltak. A gyermekek csaknem felénél intracranialis hipertenzióra utaló jelek, fejfájás, hányás is felléptek. Valamennyi beteg radiológiai vizsgálatok is készültek. A főbb radiológiai elváltozások: a sella turcica kiszélesedése, a canalis opticus egy vagy két oldalú megnagyobbodása, a chiasma tumoros elváltozása voltak. Valamennyi beteg besugárzásban részesült (50–60 gray), a betegek egy részén sebészi beavatkozást is végeztek. A betegeken észlelteteket, a tüneteket táblázatokon, a túlélést görbékben mutatják be.

A szerzők kiemelik, hogy a diagnózis a folyamat lassú progressziója miatt nehéz. A kezdeti egyetlen jel — a látás romlása — könnyen bagatellizálható, vagy miután a glioma főleg fiatal gyermekeknél jelentkezik, észre sem veszik.

Gliomára kell gondolni, ha a gyermekek bőrén tejeskávészzerű foltok észlelhetők. A tomodensitometria — amellyel, hogy non-invaszív módszer — elősegíti a korai diagnózist, csak ritkán kerül sor pneumoencephalographiára, vagy ventriculographiára, kivételesen arteriographiára.

Ami a terápiát illeti, ma egyre több ellenzője van a sebészi beavatkozásnak, a tumor eltávolításának. Miután a tumor progresszióra hajlamos, nemcsak a látást, hanem az életet is fenyegeti, s így a beteg kezelésre szorul, a jelenlegi ismeretek — a szerzők 39 túlélő betegének körlefolysa is — a radioterápia mellett szólnak. A radioterápia — 55 gray — lehetővé teszi a folyamat regresszióját, sőt bizonyos esetekben végleges gyógyulást is eredményezhet. Gondolnunk kell arra is, hogy a radioterápiának szövödményei is lehetnek. Ezek egy része endokrin eredetű (törpenövés).

Az optochiasmatikus gliomák a hypothalamust is infiltrálhatják, megzavarják a hypophysis működését. A radioterápiát úgy kell irányítani, hogy minél kevesebb sugár érje a cerebrális cortexet, még így is, egyes betegeken mentális retardációt okozhat.

Betegeik kemoterápiában nem részesültek, annak értékéről az irodalmi vélemények nagyon eltérők.

Sebészi terápia kizárólag lokalizált tumornál jöhet szóba.

Kövér Béla dr.

Az igen kis súlyú koraszülöttek rehospitalizációja. Hack, és mtsai (Dep. of Ped., Rainbow Babies and Childrens Hosp. Univ. Hosp. of Cleveland): Amer. J. Dis. Child. 1981, 135, 263.

Az egy év alatt született, 1500 g alatti koraszülöttekből életben maradt 93 beteg közül 90-et sikerült megfigyelés alatt tartani az első életévben. Ezalatt 33%-uknak volt szüksége kórházi újrafelvételre a következő okok miatt: 1. Az újszülöttkorban elszennvedett betegség, vagy fejlődési rendellenesség miatt kialakult krónikus állapot (6 újszülött 16 alkalommal). 2. Infekciók (11 újszülött 14 alkalommal). 3. Sérült (10 újszülött 13 alkalommal). 4. Otthoni ápolási nehézségek (2 újszülött 5 alkalommal). 5. Egyéb (3 újszülött).

Az igen kis súllyal született koraszülöttek lényegesen nagyobb számban igényelnek ismételt kórházi ellátást, mint a normál súlyú újszülöttek. A szerzők javasolják az egy helyen kézben tartott koraszülött utógondozást, ezáltal sok feleslegesen ismételt vizsgálat elkerülhető.

Fejes Irén dr.

Radiológia

Kezdeti tapasztalatok a máj mágneses magrezonancia vizsgálatával. Doyle, F. H. és mtsai (Hammersmith Hospital, London): Amer. J. Roentgenol. 1982, 138, 193.

12 önként vállalkozó egészséges egyén és 32 beteg máját vizsgálták mágneses magrezonanciával (NMR), és a nyert képeket összehasonlították computer tomographia felvételeivel. A mágneses képalkotás céljaira a saturation-recovery sequence (SRS) és inversion-recovery sequence (IRS) technikát alkalmazták és hasonlították össze. A SRS képek a lágyrészeket nem ábrázolták kielégítően, de az IRS technikával látható a fissura interlobaris, a vena portae, vena hepatica, az epeutak és az epehólyag. A képalkotási idő 3–4 perc, ezért a NMR képek a légzési mozgások miatt kissé elmosódottak, de nem ad rajtuk zavaró műterméket a környező szövetekben levő gáz. A máj gócos betegségeiben a CT és az NMR nagyjából hasonló értékűen mutatta ki az elváltozásokat, egy focalis atrophiat és egy májinfarktust azonban csak a NMR scan ábrázolt. Zsírmájban a CT diagnosztikus, a NMR scan nem ad értékelhető felvilágosítást. Haemochromatosisban, hepatitisben, cirrhosisban. Wilson-kórban mindkét eljárás ábrázolt rendellenességeket különböző mértékben és értékkel. Három

cirrhosis esetben csak a NMR scan adott rendellenes képet. A SRS és IRS technika közti különbség érzékeltesére egymás mellett mutatják egy máj e két módon készített képét, majd egymás mellett láthatjuk hepatoma, metastasisok, tágepeutak, bal lebenysorvadás, májinfarctus, zsírmáj, cirrhosis, Wilson-betegség máj CT és NMR képét. A Wilson-kóros beteg egyik CT és NMR képét is bemutatják, ezen nyilvánvaló a NMR fölénye az agy szerkezetének ábrázolásában. (Ugyanezen folyóiratban a következő közlemény „Nuclear Magnetic Resonance Imaging: The Current State” címmel áttekintést ad a módszer elméleti alapjairól, technikai kérdéseiről és várható gyakorlati-klinikai jelentőségéről.)

Laczay András dr.

A pancreas mágneses magrezonancias vizsgálat. Smith, F. W. és mtsai (University of Aberdeen, Forresterhill, Aberdeen, Scotland): Radiology, 1982, 142, 677.

12 különböző pancreas-betegségben szenvedő beteg és 40 kontrollként szereplő egyén vizsgálata alapján értékelik a mágneses magrezonancia vizsgálat (NMR) lehetőségeit. Alkalmazott készülékük a proton longitudinális relaxációs idejének alapján alkot 2 percnél alig több idő alatt képet 17,5 mm vastag rétegről. Közlük a normális és kóros szövetekben meghatározott relaxációs időértékeket (T_1), ami pl. izomban 120–140, zsírban 60–80, vesében 300–340, pancreasban 180–200, pancreatitisben 200–275, carcinomában 275–400, pseudocystában 800–1000 msec. A NMR képeken jól ábrázolódik az ép és kóros pancreas. Készülékük a T_1 különbségeket szinkronizáltsággal ábrázolja. Bemutatják heveny pancreatitis, pseudocysta, pancreascarcinoma és tályog NMR felvételeit. Az ultrahangvizsgálat lehetőségeivel összehasonlítva megbízhatóbbnak tartják a NMR vizsgálatot, mert bélgáz nem zavarja, értékeléséhez nem szükséges speciális gyakorlat. A NMR kép nagyon hasonlít a CT scanhez, de mert a szerzők helyileg CT készülékkel nem rendelkeznek, ez irányú összehasonlításra nem volt alkalmuk. A különböző szövetfélések relaxációs idejének eltérése alkalmat adhat az ép és kóros képek elkülönítésére, a szöveti jelleg megítélésére is. A szerzők korábban hasonló jó tapasztalatokról számoltak be a vese cystáinak és daganatainak, valamint elsődleges és másodlagos tumorainak NMR vizsgálatával. A NMR technika fejlődésével javulni fog a térbeli feloldóképesség, finomabb anatómiai részletek is ábrázolhatóvá válnak. Ezért egyebek mellett a pancreas diagnosztika területén is eddig el nem ért fejlődést remélnék a NMR eljárástól.

Laczay András dr.

Kezdeti kísérleti eredmények emberben és állatkísérletben szupervetítő, egésztest mágneses magrezonancia scannerrel. Alfidi, R. J. és mtsai (University Hospitals of Cleveland, Cleveland): *Radiology*, 1982, 143, 175.

A szerzők a mágneses magrezonanciás képalkotás (NMR) klinikai hatékonyságát vizsgálták önkéntes egészséges egyénekben és különböző daganatos betegekben, utóbbi csoportban összehasonlítva a computer tomographia teljesítőképességével. A NMR képeken a vér, áramló folyadék, gáz és tömör csont feketének látszik, a zsír és a csontvelő világos. Az izomzat és a tömör szervek ezek közötti átmenetek. Az érkepletek feketén élesen kirajzolódnak, ami számos területen előny a computer tomographiával szemben. A máj daganatai a NMR képen csökkent denzitású területként látszanak. A tüdő hilusközi tumorainak vizsgálatában előnye a NMR-nak, hogy a daganatot egyértelműen elkülöníti a feketén kirajzolódó érkepletektől. A szív üregeinek, falának, sövényeinek és billentyűinek ábrázolása is sikerül NMR-val, de ezen a téren nagy hátrány a zavaró szívmozgások miatt a szükséges hosszú képalkotási idő. Az agyról és a gerincoszlopról tetszés szerinti síkban és irányban készített NMR képeken jól elkülöníthető pl. a corpus callosum, a pons, a hypophysis, a kisagy, a nyúltvelő, a kéreg- és fehérállomány, a liquorterek, a gerincvelő, a kilépő idegyökök és az intervertebrális ganglionok. A szív ábrázolásában némi kontrasztfokozó hatást észleltek oxigénlégzéssel. Állatkísérletben különböző anyagokkal végzett kontrasztfokozó próbálkozásaik nem vezettek eredményre. A bemutatott képek számos vonatkozásban érzékeltetik a NMR fölényét a computer tomographiával szemben. Alapvető hátránya viszont a hozzá szükséges több perc hosszúságú képalkotási idő, aminek rövidítése a technika tökéletesítésével is csak bizonyos határig lesz lehetséges.

(Ref.: Mindenestre máris rövidebb, mint a hazánkban jelenleg rendelkezésre álló CT készülékek.)

Laczay András dr.

Kontrasztanyag percutan befecskendezése emlődaganatba malignitás röntgenvizsgálattal való kizárása végett. Sigfusson, B. F. és mtsai (Malmö General Hospital, University of Lund Malmö): *British Journal of Radiology*, 1982, 55, 26.

A jóindulatú emlődaganatok növekedésük során az emlő vezetékrendszerét deformálhatják, de általában nem roncsolják el. Az ilyen daganat állományába befecskendezett kontrasztanyag a vezetékrendszerbe jutva azt kirajzolja a mamographiás felvételen. A rosszindulatú tumorok ezzel szemben elpusztítják a ductusokat, a beljük fecskendezett kontrasztanyag nem mutat tubularis szerkezetet.

A szerzők 56 jóindulatú terime punctiója során fecskendeztek be kontrasztanyagot, és ezen esetek kétharmadában a daganaton belül kirajzolódott a vezetékrendszer, mely főként intracanalicularis fibroadenomákban deformált. Vaskos parenchyma-szerkezetű emlők tapintható, de mamographiás képen el nem különíthető jóindulatú terimén belül is kirajzolható így a ductushálózat. Ez továbblépést jelent a már elterjedten alkalmazott cystapunctio után, mely eddig a tömör képlet-cysta-cystikus tumor elkülönítésére szolgált. Hamartómákban nem várható a vezetékrendszer telődése, benignus jellege így nem valószínűsíthető. Ellenváltozatként a rosszindulatúak közül a viszonylag ritkán előforduló cystosarcoma phyllodes az intracanalicularis fibroadenomához hasonló vezetékrendszert tartalmazhat. Hét malignus emlődaganatba végzett kontrasztanyag befecskendezés során vezetékhalózati nem mutatkozott, a kontrasztanyag többé-kevésbé diffúz eloszlást mutatott a daganaton belül. Enyhe helyi érzékenységen kívül nem észleltek kellemetlen mellékhatást. Ezerint a vezetékrendszer telődése jóindulatúság jele, telődésének hiánya viszont nem jelent feltétlenül malignitást.

Laczay András dr.

Furosemiddel végzett terheléses urographia az ureter kezdeti szakaszának szűkületében és ennek értéke a műtéli javallat elbírálásában. Moldenhauer, W. és mtsai (Bereich Medizin der Wilhelm-Pieck-Universität Rostock): *Radiologia Diagnostica*, 1982, 23, 159.

Az ureter kezdeti szakaszának szűkülete esetén felmerül a műtéli javallat kérdése, melyre sokszor nehéz választ adni az urographiás lelet alapján. A szerzők ennek tisztázására rutinszerűen terheléses urographiát végeznek. Ehhez szükséges a kiválasztásos urographia során készülő felvételek folyamatos értékelése, hogy szűkület gyanúja esetén azonnal terheléssel lehessen folytatni a vizsgálatot. Így nincs szükség második vizsgálatra, ami a beteg és a költségek szempontjából egyaránt nem közömbös.

A betegnek a veséüregrendszer kontrasztos telődése után 20 mg furosemidet adnak iv. Ennek hatására percekben belül erős diuresis indul meg, és az esetleges szűkület előtt annak hatékonyságától függő mértékben kitágul az üregrendszer. Ennek megítélésére a furosemid befecskendezése után 10 perccel készítenek felvételt. A terhelés pozitív eredményét jelzi az esetleg jelentkező feszültségérzet vagy fájdalom, az érintett pyelum tágulása és benne 45–60 perc múlva is kimutatható kontrasztanyag retentio. A szűkület kezdődő dekompensációjáról beszélnek, ha a terhelés hatására a pyelummal együtt a kelyhek is kitágulnak. Ezt követi a tartós tágulat és hydronephrosis kialakulása. A dekompensáció ilyen értelemben műtéli javallatot jelent. Az eljárás a kiválasztásos urographia során észlelt szűkület pontos megítélésén és a műtét szükségességének elbírálásán túl alkalmas az elvégzett műtét eredményességének elemzésére is. 50 saját esetük tapasztalatait röviden ismertetik.

Laczay András dr.

Ultrahangvizsgálat a vese heveny és idült gyulladással betegségeiben. Fiegler, W. (Klinikum Charlottenburg der Freien Universität Berlin): *Dtsch. med. Wschr.* 1982, 107, 787.

Heveny pyelonephritis diffúz formájában a parenchyma megvastagodása mutatható ki a sonographiás képen csökkent echoszerkezettel. Kőrüli gyulladásban a vese érintett területén a kép hasonló. A klinikai kép bizonytalansága esetén sonographiával a vizelet pangás elkülöníthető a pyelonephritistől. A focalis pyelonephritis elkülöníthető a tályog képétől, de tumort csak folyamatos ellenőrző vizsgálatokkal vagy punctióval lehet kizárni. Az ultrahangvizsgálat alkalmas a gyulladással vesefolyamat lefolyásának ellenőrzésére, tályogképződés vagy a vese körüli térbe terjedés felismerésére. Pyonephrosis vagy fertőzött cysta mellett szól, ha folyadékon belüli echók mutatkoznak, vagy a folyadék és az üregen belüli detritus elkülönülve nívószerű képet ad. Az idült pyelonephritis a folyamat egy- vagy többgócú kiterjedésétől függően a parenchyma elvékonyodását mutatja fokozott echogenitással. A betegség végső szakában ez a kép nem különíthető el a súlyos idült glomerulonephritis sonographiás képétől.

Laczay András dr.

A truncus arteriosus radiológiai megjelenése natív felvételen. Hoefel, J. C. és mtsai (Hôpital Jeanne d'Arc, Dommartin—Les—Toul): *Fortsch. Röntgenstr.* 1981, 135, 686.

A szerzők 15 persistáló truncus arteriosus csecsemő és kisgyermek natív a-p és oldal mellkasfelvételét értékelték. Az elváltozásra jellegzetesnek találtak a comma tünetet, de ez csak az esetek kis részében fordul elő. Ez abból adódik, hogy a bal arteria pulmonalis magasan ered a truncus arteriosusból. Legjobban akkor látszik, amikor jobb oldali aorta-ívvel jár együtt. A cardiomegalia minden korcsoportban állandó tünet, de nem specifikus, mert más fejlődési rendellenességek esetében is előfordul. Csecsemőknél a bal szívkontúr középső szakaszát

egyenesnek vagy konkávnak találják, és amikor az aktív pulmonalis hypervascularisatióval együttesen fordul elő, truncus arteriosus persistens gyanúját veti fel. Nagyon típusosnak tartják 2–6 éves korú gyermekeknél a szívmegegyesbódást, jobboldali aortaívvel és pulmonalis hypervascularisatióval. 6 évnél idősebb betegekben Eisenmenger-syndroma fejlődött ki. Ezekben a jobb oldali aortaív, pulmonalis hypertensio és cyanosis együttes előfordulása utal truncus arteriosus persistensre. Oldalfelvételen a retrosternalis tér kiszélesedik, és ez a jobb kamra hypertrophiájával párhuzamosan fokozódik. A cardiothoracicus index 65 körül, a szív alakja nem jellegzetes. Nem értékelhető tünet a megnagyobbodott, megemelt aortagomb, bal oldali aortaívvel.

Varga Pál Ibolya dr.

A prostatarák sonographiás vizsgálata végbélén át. Reindl, P. (Kreiskrankenhaus Deggendorf): Fortschr. Röntgenstr. 1982, 136, 499.

A prostata radiológiai vizsgálómódszerei indirekt és direkt ábrázolást nyújtanak. Az indirekt eljárások az urographia, cystourethrographia és vesiculographia, értékük csekély. Direkt módszerek a CT, az invazív prostatographia, a transabdominalis és transrectalis sonographia. Transrectalis sonographia céljára a végbélbe vezethető, forgó érzékelőfejjel ellátott transducer szolgál, melynek segítségével a prostata és környezete teljes kiterjedésében ábrázolható. 268 beteg 320 ily módon végzett vizsgálata tanulságait összegezik. Az anyagban 59 prostatarák szerepel. A sonographiás felvételeken jól megítélhető a prostata alakja és nagysága, a dűl-mirigyet körülvevő tok állapota, a mirigyállomány ép vagy kóros szerkezete, ezenkívül jól vizsgálhatók az ondóhólyagok is. A sonographia alapján felállított kórisme 86%-ban egyezett a szövettani eredménnyel. A rák diagnózisát valószínűsítik elsősorban a mirigyen belüli echogen tömörülések, invazivitás jele a tok elmosódása, áttörése. Cystás képződmények biztonságosan elkülöníthetők. Néhány esetben lehetséges a prostatarák és az idült prostatitis elkülönítése. Értékes segítséget nyújt a transrectalis sonographia a sugárkezelés eredményességének megítélésében mint megfelelő időközben végzett ellenőrző vizsgálat.

Laczay András dr.

Újszülöttkori fedett jobb tüdő: elhúzódozó folyadékresorptio. Swischuk, L. E. és mtsai (University of Texas Medical Branch, Galveston): Radiology, 1981, 141, 671.

A szerzők 8 újszülöttet mutatnak be, akiknél teljesen, vagy részlegesen fedett jobb tüdőt találtak.

Mindegyik esetben enyhe respiratorikus distress és 3 esetben enyhe cyanosis volt. Hallgatózási leletük „wet lung”-ra jellemző volt. 3 esetben a jobb tüdő teljesen fedett volt, 3-nál csak fátýolozott. 2 esetben csak a jobb felső lebeny volt fedett. Radiológiaiailag hasonló megjelenésű a pneumonia, az empyema, és a hydro- vagy chylothorax. Ezekről elkülöníthető enyhe klinikai tünetek és a gyors felhízás alapján. Általában 24–48 óra alatt teljesen felhízott a tüdő. A képet átmeneti magzatvíz retenciónak tartják. Jobb oldali predomanciáját azzal magyarázzák, hogy a jobb tüdő ventilációja az alatta elhelyezkedő máj miatt csökken. Ennek következtében csökken a folyadék felszívódása. A „drámai” röntgenkép ellenére az elváltozás benignus természetű.

Varga Pál Ibolya dr.

A meniscusganglion. Schäfer, H. (Elisabeth-Krankenhaus Rheydt Mönchengladbach): Fortschr. Röntgenstr. 1982, 136, 505.

A meniscusganglion a térdízületi meniscusokban degeneratív folyamatok következtében kialakuló cystaszerű képződmény. A szerző 5650 térdízületi arthrographia során 2442 medialis és 691 lateralis meniscuskárosodást észlelt. Ugyanezen anyagban 251 betegben 261 meniscusganglion fordult elő, ezekből 57 medialis és 204 lateralis helyezkedett el. 6 esetben medialis és lateralis meniscusganglion együtt fordult elő, 4 betegnek pedig mindkét térdében lateralis ganglionja volt. A ganglion a környező csonton 173 esetben okozott nyomásával usuratiót. A betegek életkora 12–66 év. Nativ röntgenfelvételen az ízületi rés kiszélesedése észlelhető, esetenként csont-usuratio, főként lágyrészfelvételen lágyrésztörés az ízület mellett. A kórisme arthrographiával állapítható meg, mely az érintett porcokorong bikonvex kiszélesedését mutatja a tág ízületi résen belül. A vaszkos meniscuson belül szerkezeti egyenetlenség mutatkozhat szokatlan alakú szakadásokkal és üregekkel. Az elváltozás megítélésében segít a normál meniscusméretek ismerete, erre vonatkozó méréseik adatait a szerző táblázatban közli. A kezelés célja a degenerált meniscus teljes műtéti eltávolításából áll, konzervatívabb részmegoldásokkal nem érdemes kísérletezni. A szerző munkája az első a radiológiai irodalomban, mely arthrographiás vizsgálatok alapján nyert adatokat ismert a meniscusganglion előfordulásának gyakoriságára vonatkozóan.

Laczay András dr.

A Billroth II. gyomor odavezető kacsának kettős kontraszt vizsgálata. Sapounov, S. (Marienkrankenhaus Hamburg): Fortschr. Röntgenstr. 1982, 135, 543.

Az operált gyomor hypotoniában végzett kettős kontraszt röntgen vizsgálata során a beteg helyzetének megfelelő változtatásával, célszerűen adagolt compressióval az odavezető kacsát is jól lehet ábrázolni. Ez a szerzőnek 140 vizsgálat során 82%-ban sikerült. A kettős kontraszt vizsgálatnak nagy jelentősége van a Billroth-II. műtét utáni panaszok okának tisztázásában, fekélyrecidívák, afferens kacs syndroma és esetleges antrummaradványok kimutatásában. Utóbbi az odavezető kacson át való feltöltéssel lehetséges, és különösen akkor van jelentősége, ha a megelőző műtétre vonatkozó ismeretek hiányosak.

[Ref.: A közleményt azért tartotam érdemesnek referálni, mert tapasztalataim szerint a hazai röntgendiagnosztikai gyakorlatban még mindig nem terjedt el érdemileg az operált gyomor kettős kontraszt vizsgálata. Erre már évtizede felhívtam a figyelmet hazai és külföldi folyóiratban egyaránt (Orv. Hetil. 1972, 113, 3011. és Röntgen-Blätter 1973, 26, 1.). Meggyőződésem, hogy az operált gyomor kettős kontraszt vizsgálata a flexibilis endoscopia birtokában is értékes diagnosztikai eljárás.]

Laczay András dr.

A röntgen kontrasztanyagokkal végzett cholegraphia módszeréről Otto, H. (Knappschaftskrankenhaus Essen-Steele): Fortschr. Röntgenstr. 1982, 136, 546.

Régóta vitatott kérdés a cholegraphia gyakorlatában, hogy szabad-e és érdemes-e a per os cholegraphia eredménytelensége után azonnal iv. kontrasztanyag-befecskendezéssel kísérletezni. Ugyanígy ellentmondó véleményekkel találkozhatunk arra vonatkozólag is, hogy a kontrasztanyag egyszeri boluszerű befecskendezése vagy lassú infúzióban való beadása ígér-e jobb eredményeket. A szerző ezekre a kérdésekre izolált patkánymáj alátámasztásával végzett kísérletek alapján keresett választ. Eredményei arra utalnak, hogy az orális és parenteralisan bejuttatott kontrasztanyag egymás kiválasztódását kompetitív gátolja, ezért ezek együttes alkalmazásától a diagnosztikus teljesítmény semminemű javulása nem várható. Az orális és intravénus vizsgálat elvégzése között megfelelő időnek kell eltelnie, hogy egymást ne zavarják. A kontrasztanyag egyszeri befecskendezése után az epében töményebben jelenik meg, mint elhúzódozó infúzióval történő bejuttatás esetén. Ez a különbség az infúzió végére kiengyelődik. Az infúzióval beadott kontrasztanyag szövődeményeket kevésbé okoz, elviselhetőbb a bolusnál, de a bolus a gyors és nagyobb töménységben való kiválasztódás miatt előnyösebb. Ezért célszerű kompromisszumos megoldásnak

látszik a kontrasztanyag 10–15 perc tartamú gyors infúzióban való alkalmazása. A röntgenfelvételek készítésére legalkalmasabb az infúzió utáni 20–30 perces időpont.

Lacza András dr.

Langer típusú mesomeliás törpeség mint a dyschondrosteosis homozigóta formája. Kemperdick, H., F. Majewski (Kinderklinik der Universität Düsseldorf): Fortschr. Röntgenstr. 1982, 136, 583.

A szerzők 8 éves korában észlelt lánygyermekről számolnak be, ki- nek csontrendszeréről készült röntgenfelvételei a Langer-típusú mesomeliás törpeség jellegzetes elváltozásait mutatták, a végtagcsontok diaphysisének rövidségét, a fibula és ulna hypoplasiáját, a humerus és radius görbületét ép gerinc és medence mellett, a mandibula kisfokú hypoplasiáját. Szellemileg jól fejlett, iskolai eredményei kielégítőek. A szülők vizsgálata során dyschondrosteosis jeleit találták, a végtagok rövidülését, a csuklókon Madelung-szerű deformitással. A felmenői rokonok között további két generációban öt esetben találtak dyschondrosteosisra utaló adatokat. A dyschondrosteosis autosomalisan dominánsan öröklődik. Mindkét szülő dyschondrosteosisa esetén az utódokban 50%-ban kell számolni jelentkezésével. Az utódok 25%-a egészséges lehet, de a maradék 25%-ban Langerhans-típusú mesomeliás törpenövésre kell számítani. A szerzők észlelése korábbi adatokkal egybevetve igazolja, hogy a Langerhans-típusú mesomeliás törpeség a dyschondrosteosis homozigóta formája. Lacza András dr.

A Gardner-syndroma röntgen-diagnosztikája és klinikuma. Peters, P. E. és mtsai (Radiologisches Institut der Universität Köln): Fortschr. Röntgenstr. 1982, 136, 133.

11 családon belül előfordult 20 familiaris vastagbél polyposis esetet elemeznek. 6 betegben megtalálták a Gardner-syndroma triaszát: vastagbélpolyposist, mesenchymalis daganatokat és osteomákat. Az osteomákat következetesen keresték, így az állkapocs pantomographiájával is, aminek mellőzése esetén az itt gyakori tünetmentes kis elváltozásokra nem derül fény. 9 betegnek a polyposison kívül csak osteomája volt, kettőnek recidiváló mesenchymális tumorai. Utóbbiak is Gardner-syndromának felelnek meg. Így a familiáris colonpolyposis 20 esetéből összesen 17 volt Gardner-syndroma. Az utóbbi időben vitatják ennek a körképnek a különálló jellegét, hasonló öröklésmenete és prognózisa miatt a familiáris polyposis egyik formájának tartják. A szerzők jelentőséget tulajdonítanak az osteomák kere-

sésének, mert azok hívhatják fel a figyelmet a betegségre. Maga a colonpolyposis sokáig tünetmentesen rejtve maradhat, és mikor kiderül, már késő. A familiáris colonpolyposis betegek várható átlagos élettartama 42 év, a tünetek általában 33 éves kor körül jelentkeznek. Ha korábban észlelt osteomák, mesenchymalis tumorok felkeltik a figyelmet, és célzottan keresik a vastagbél elváltozásait, akkor lehetséges azok kezelésbevétele még rosszindulatú elfajulásuk előtt, ami egyébként törvényszerűen bekövetkezik. Mivel a banalis osteoma a népesség mintegy 5%-ában előfordul, ennek nem szokás ilyen értelemben figyelmet szentelni. Az osteomák elsősorban az arckoponyán fordulnak elő, az alsó és felső állkapocsban, a homloküreg környékén. Csak egy esetben észlelték az osteomát a tibbiában is.

Lacza András dr.

A téves-pozitív polyp az irrigoscopiában. Hütter, B., H. Treugut (Medizinisches Strahleninstitut der Universität Tübingen): Fortschr. Röntgenstr. 1982, 136, 378.

A vastagbél kettős kontrasztos röntgenvizsgálata kis polypusok kimutatásával jelentős haladást hozott. Nem ritkák azonban a polyphoz hasonló képet adó egyéb, nem kóros elváltozások, melyek 5–20% gyakoriságban vezetnek tévesen a kórisme kimondásához. A szerzők 44 ilyen téves-pozitív polyp esetet elemeznek. Belsőrrög 25, légbuborék 9, a bélfal gyűrődése 6, egymásravetülés 2, diverticulum 1, ileocecalis billentyű 1 esetben vezetett ilyen tévedéshez. Leggyakoribb előfordulási hely a sigma és a flexurák voltak, ritkábban a transversum, coecum, ascendens, és csak egy ízben a rectum, egyetlenegyszer sem a descendens. A tévedések elkerülését szolgálja a gondos előkészítés, az optimális vizsgálati technika, a kettős kiértékelés. A csak felvételekkel történő vizsgálat nem kielégítő, szükséges az átvilágítás, tapintás, compressio is. A colonoscopiának is megvannak a kritikus területei, az ileocecalis billentyű, a flexurák mögötti részek, a sigma-rectum és a descendens-sigma átmenet. Ezért nem fogadható el fenntartás nélküli a colonosopia eredménye sem discrepantia esetén. Célszerű vitás esetben megismételni az irrigoscopiát, bár egy esetükben így is téves pozitív eredményhez jutottak. Ha az irrigoscopia 1 cm-nél kisebb polypust mutat, megismétlendő. Az ismétlés negatív eredménye elfogadható, pozitív eredménye esetén további ellenőrzés szükséges. Polypectomiát csak 1 cm-nél nagyobb polypus esetén tartanak szükségesnek, vagy akkor, ha malignitás

gyanúja merül fel. 1 cm-nél nagyobb vagy rosszindulatúságra gyanús első irrigoscopia lelet után colonosopia ajánlatos, ennek pozitív eredménye polypectomia vagy resectio javallata. Lacza András dr.

Hólyagdaganatok osztályozása sonographia segítségével. Egender, G. és mtsai (Universitätsklinik für Radiologie Innsbruck): Fortschr. Röntgenstr. 1982, 136, 416.

A klinikai és hagyományos radiológiai vizsgálatok a húgyhólyagdaganatok megítélésében kevésbé megbízhatók, 70%-ot megközelítő hibalehetőséggel járnak. A szerzők 1978 óta ultrahangvizsgálatot végeznek a hólyagdaganatok osztályozásának pontosítására. Eddig 74 beteg ultrahangvizsgálatáról számolnak be műtét előtt, műtét vagy sugárkezelés és chemotherapy után. 64 beteg 88 vizsgálata során sikerült így a sonographia alapján kórismét megállapítani, ami 8 esetben bizonyult tévesnek. 10 beteg hólyagjának értékelhető ábrázolása nem sikerült, ennek több oka lehet. Az ultrahangvizsgálathoz szükséges a hólyag folyadékkal való feltöltése, ami fájdalmas tenesmus esetén nem lehetséges. Zavarja a vizsgálatot a kövér betegekben felszaporodott zsírszövet, a medencében levő hegesedés, a gázzal telt bélcsövek. A hólyag nyak területén levő daganatok néha nehezen ábrázolhatók. Zsugorhólyag, véralvadás, pseudodiverticulum téves értékeléshez vezethet. Ennek ellenére a sonographiától a hólyagdaganatok osztályozásában 75–95% találati biztonság remélhető, és ez jelentős többlet az eddigi klinikai és radiológiai vizsgálmódszerekkel szemben. Nagyon alkalmas az eljárás a műtėti és egyéb kezelés eredményének ellenőrzésére, a beteg állapotának követésére is. Az ultrahang vizsgálati technika további tökéletesítéséből, esetleg endovesicalis sonographiától további javulás remélhető.

Lacza András dr.

A szem és az arc-nyak regio indirekt lymphographiája állatkísérletben Iotasullal. Grüntzig, J. és mtsai (Universitätsaugenklinik, Düsseldorf): Fortschr. Röntgenstr. 1982, 136, 592.

Az arc és a nyak területén a végtagoktól eltérően a direkt lymphographia nagy nehézségekbe ütközik, mert itt a nyirokerek nagyon vékonyak, alig preparálhatók és kanülálhatók. Ezen nehézségek elkerülésére régóta próbálkoznak az indirekt lymphographiával, de ez megfelelő kontrasztanyag hiányában nem járt gyakorlati értékű eredménnyel. A Schering-cég Iotasul néven hozott forgalomba egy új kontrasztanyagot, mely a direkt

és indirekt lymphographia céljaira egyaránt alkalmasnak tűnik. A szerzők kutyák szemének kötőhártyájába, szemhéjába és álluk alatt a nyak bőrébe infundáltak 0,1 ml/min sebességgel átlag 6 ml Iotasult. A kontrasztanyag 30–40 percen belül kirajzolta a röntgenfelvételeken az elvezető nyirok-utakat és a regionalis nyirokcsomókat. Az Iotasul a vesén keresztül néhány órán belül kiválasztódik. A befecskendezés helyén kellemetlen reakciót nem okoz, a nyirokereket és a nyirokcsomókat még oly mértékben sem károsítja, mint az a hagyományos olajos direkt lymphographiánál ismeretes. A regio több helyére való szimultán befecskendezés javítja a nyirokrendszer ábrázolódását. Klinikai kipróbálásra vár, hogy a módszer alkalmazható-e a fej-nyak regio nyirokúti daganatátéteteinek kimutatására.

Laczay András dr.

Az emlő indirekt lymphographiája. Schmidt, M., V. Taenzer (Krankenhaus Moabit, Berlin—Tiergarten): Fortsch. Röntgenstr. 1982, 136, 448.

Az indirekt lymphographia céljaira eddig megkísérelt kontrasztanyagok részben kellemetlen helyi reakciót okoztak, részben pedig nem biztosították a nyirokcsomók érdemi kirajzolódását a röntgenképen. A szerzők a Iotasul/Schering vízdoldékony kontrasztanyagból 3–5 ml mennyiséget fecskendeztek 24 emlőrákgyanus nőbeteg bimbóudvarába intracutan vagy tapintható tumora köré 13–21 perc alatt. 22 intracutan befecskendezés után minden esetben jól értékelhető lymphangiogramot kaptak 5–10 perc múlva. 30 percen belül eljutott a kontrasztanyag a regionalis nyirokcsomókba, melyek 10 esetben kielégítően, 4 esetben csak részlegesen ábrázolódtak. A felvételeken kimutatható a nyirokerekek pangása, megszakadása, megkerülő keringése, a telődött nyirokcsomókon belül áttétre gyanús kiesések. A befecskendezés helyi reakciót nem okozott, a betegek nem panaszkodtak kellemetlenségről. Az emlő alatt medialisan vagy a proc. xiphoideus tájára befecskendezett kontrasztanyag helyileg eloszlott, lymphogramot nem eredményezett. A befecskendezés sebességének növelése nem javította az eredményeket.

Laczay András dr.

A léptályog ultrahangvizsgálata. Pawar, S. és mtsai (North Hills Passavant Hospital, Pittsburgh): Amer. J. Roentgenol. 1982, 138, 259.

A léptályog ritka kórkép, felismerni nem könnyű. Fel nem ismert esetekben megfelelő kezelés nélkül halálozása magas. A szer-

zők 7 betegről számolnak be, hatnak intralientális, egynek paralientális tályogja volt. Közös klinikai tünetük volt a láz, a bal oldali felhási vagy pleuralis fájdalom, egynek volt splenomegáliája, kettőnek tapintható, érzékeny lépe. A röntgenvizsgálat magas bal rekeszálást mutatott 3 esetben bal oldali pleuralis folyadékkal. Egy esetben elvégzett CT a lépben körülírt denzitáscsökkenést mutatott, gázugüllemmel, egy másikban pedig csökkent denzitású területet gáz nélkül. Egy ízben ^{99m}Tc-kén-kolloid scintigraphia képen látszott a lépben kiesés. Az ultrahangvizsgálat eredménye mindegyik betegben diagnosztikus értékű volt, a tályognak megfelelően a lépben belül hangáteresztő területet mutatott elszórt echókkal, egy ízben a tályogban levő gáznak megfelelő visszaverődést és hangárnyéket, egy esetben pedig kevert echogenitású terimét a lép felső pólusában. 2 betegük meghalt, 5 műtéti beavatkozás után gyógyult. A sonographiás kép önmagában ugyan nem specifikus, de a klinikai tünetekkel egybevetve megbízhatóan állítható fel a léptályog kórisméje.

Laczay András dr.

Porencephaliás cysták kialakulása intraparenchymás vérzésből újszülöttekben. Grant, E. G. és mtsai (Georgetown University Hospital, Washington): Amer. J. Roentgenol. 1982, 138, 467.

A porencephaliás cysták kialakulásával kapcsolatosan felmerült különböző elméletek közül a szerzők sonographiás vizsgálataik alapján az újszülöttkori agyi intraparenchymás vérzések szerepét látják igazolva. 94 koraszülött agyának sonographiás vizsgálata során 13 esetben találtak subependymális parenchymás vérzést kétoldali kamravérzéssel együtt. 9 esetben ez együtt járt a középvonali képletek ellenoldali dislocációjával. Hetenként végzett ellenőrző sonographiával követték a folyamat alakulását. A vér megaldása során tömörebb széli echogen zóna alakult ki. Ezen belül az alvadék retractiójának megfelelően növekvő középponti hangáteresztő terület jelezte a cysta kialakulását, ami 10 nap–8 hét időtartam alatt fejeződött be a különböző esetekben. Az érett porencephaliás cysta kiterjedése arányos volt az eredeti vérzéssel. Minden esetben kisebb-nagyobb mértékű agykamratágulat is kialakult. 2 esetben készítették ventriculo-peritonealis shuntot, ennek hatására az agykamrák tárgulatának csökkenésével együtt a cysta is megkisebbedett egyik betegben. A másikban a kamrák megkisebbedtek, de a cysta nem. Egy gyermek ellenőrző vizsgálata 1 év múltán shunt nélkül is a kamrák minimális tárgulatát mutat-

ta, a porencephaliás cysta változatlanul nagy maradt.

Laczay András dr.

A mellékvese computer tomographiája vagy ultrahangvizsgálata: prospektív tanulmány. Abrams, H. L. és mtsai (Harvard Medical School, Boston): Radiology, 1982, 143, 121.

A szerzők 112 beteg CT vizsgálatát végezték mellékvese körfolyamat tisztázására. 51 esetben történt ultrahangvizsgálat, 51-ben angiographia. Anyagukban szerepel phaeochromocytoma, mellékvesemetastasis, Cushing-kór, kéregadenoma, aldosteronoma, jóindulatú inaktív tumor, hyperplasia, Cushing-kór nélkül, vérzés, neuroblastoma, Wilms-tumor. 56 esetben a mellékvesék részéről kóros elváltozást nem találtak. Legbiztosabb diagnosztikus eljárás az angiographia, a mellékveseangiographia vénás vérmintavétellel, de ezek az invazív módszerek lehetőleg kerülendők. A jócholesterin scintigraphia 1–2 hetes várakozást tesz szükségessé, csak aktív tumorkat mutat ki bizonyos nagyság felett. Teljes anyagukra vonatkoztatva a kóros elváltozásokat a CT 84, az ultrahangvizsgálat 79, az angiographia 90, a kiválasztásos urographia 54%-ban tudta kimutatni. A computer tomographia megbízhatóbbnak bizonyult a sonographiánál, bár teljesítőképességük különösen a daganatos elváltozások terén közel azonos. Mellékvese túlműködés, tumor vagy cysta gyanúja esetén első vizsgálatként computer tomographiát javasolnak. Ha ez egyoldali elváltozást mutat, csak phaeochromocytoma gyanúja esetén szükséges arteriographiát végezni. Ha kétoldalon mutatkozik CT rendellenesség, szóba jön venographia vénás vérmintavétellel. Ha a CT-lelet negatív, aldosteronoma és phaeochromocytoma gyanúja esetén indokolt elvégezni az angiographiás vizsgálatokat, egyébként nincs értelme. A scintigraphiának mellékvesemardványok kimutatása céljából van szerepe. Az ultrahangvizsgálat a szerzők által ajánlott diagnosztikai menetrendben nem szerepel.

Laczay András dr.

A tüdő arteriovenosus fejlődési rendellenességeinek embolizálása leválasztható balonnal. Barth K. H. és mtsai (Johns Hopkins Medical Institutions, Baltimore): Radiology, 1982, 142, 599.

A ritkán észlelhető tüdőbeli arteriovenosus malformatiók (PAVM) veszélye a haemodynamikailag jelentős shunt és következményei, embolia, agytályog kialakulása, vérzés. Lokalizált formájában sebészti megoldás lehetséges az érín-

tett leány vagy leányok eltávolításával, mindkét tüdőre kiterjedő multiplex érrendelenségek esetén azonban ez nem járható út. Mindkét változatban eredményesen kísérlethető meg viszont a rendellenes képletet ellátó pulmonalis arteriaág katéteres embolizálása. A szerzők erre a célra ballonnal ellátott végű kiskaliberű katétert vezetnek az előzetesen a megfelelő helyre juttatott tágabb katéteren keresztül az ellátó értörzsbe, ahol a ballont leválasztják. Az eljárást 5 betegben összesen 16 esetben alkalmazták. Mindegyik betegüknek Osler-kórja volt, ennek tüdőbeli megnyilvánulásai voltak a multiplex tüdőbeli érmalformációk. Mindegyiknek jelentős jobb-bal shuntje volt, négynek súlyos hypoxaemiája, egynek vérképése. Négy betegnek a beavatkozás jelentős tüneti javulást eredményezett. Egy esetben a viszonylag kis ballonnal a nagy PAVM elzárása nem sikerült. Két betegben alakult ki szövődmenyként segmentális tüdőinfarktus. Az ellenőrző angiographia 4 hónap—2 év után 14 esetben a PAVM tartós elzáródását igazolta. 2 esetben az embolizálást meg kellett ismételni, mert a kitágult környező arteriaágak újra kialakították a PAVM érellátását.

Laczay András dr.

A pancreas computer tomographiás és ultrahangvizsgálatának összehasonlító értékelése. Hessel, S. J. és mtsai (Harvard Medical School, Boston): Radiology 1982, 143, 129.

Hasnyálmirigy-megbetegedés gyanújának tisztázására 279 beteget vizsgáltak computer tomographiával és sonographiával. A végső kórisme gyulladás, tályog vagy pseudocysta volt 75 esetben, carcinoma 52 esetben, 6 egyéb képletet észleltek a pancreasban, 146 hasnyálmirigy pedig épnek bizonyult. 44 esetben az ultrahangvizsgálat technikailag nem volt kielégítő. 54 esetben a CT és az ultrahangvizsgálat eredménye nem egyezett. 27 esetben a CT-lelet a végső kórismével egyezően pozitív volt, az ultrahanglelet negatív. Fordítva a sonographia 8 esetben adott helyes pozitív leletet negatív CT eredmény mellett. 19 esetben a sonographia téves pozitív eredménnyel járt. Az ultrahang-vizsgálatról tehát lényegesen kevesebb többletinformáció remélhető a CT-vel szemben, mint fordítva. A computer tomographia eredményesebbnek bizonyult a pancreas kórfolyamatainak kimutatásában és jellegük megítélésében egyaránt. A szerzők szerint a pancreas vizsgálatában a CT a választandó eljárás. Ultrahangvizsgálat előszerűsként jöhet szóba akkor, ha nincs mód computer tomographia végzésére. Tudatában kell azonban lennie a vizsgálatnak, hogy a sonogra-

phia negatív lelete nem zárja ki biztonsággal jelentős, életveszélyes hasnyálmirigy-betegség lehetőségét.

Laczay András dr.

Az angiotomographia, lehetőség a hilust és a hilus környékét szűkítő folyamatok kórismézésére. Strauss, H. J. és mtsai (Zentralklinik für Herz- und Lungenkrankheiten, Bad-Berka, DDR): Zschr. Erkr. Atmungsorg. 1981, 157, 208.

A hilusban, a hilus környékén levő térszűkítő folyamatok helyének, kóroktanának, és jelentőségének megállapítása a műtét előtt mellkas röntgenfelvétellel, tomogramokkal, endoszkópiás és biopsziás vizsgálatokkal történik. Néhány esetben azonban a daganatokat utánzó képleteket el kell különböztetni az érelváltozásoktól. Ilyen esetekben segítségül vehetjük a pulmanziographiát, amit tomogram készítésével egészíthetünk ki. Katétert helyezünk az arteria pulmonalisba a vizsgálandó terület közelében és másodpercenként 20 ml Visotrast 370 oldatot fecskendezünk be egy másodperccel az expozíció kezdetétől számítva. Az expozíció ideje 0,5 másodperc kb. 70 kilowattal és 140 mAs-sal. Ugyanakkor tomogramokat is készítünk a vizsgálandó terület megfelelő mélységében. Példaként megemlíti, hogy egy 63 éves asztrosz egy jobb hilusban levő kerek göccel került az osztályukra. Bronchoszkóppal a hörgőn át való leszíváskor vér ürült. Az angiotomographiával megállapították, hogy a jobb hilusban a 6. és a 10. segmentum között az ereken kívül levő göcéről volt szó, amit műtéttel kivettek. A szövettani vizsgálatkor kiderült, hogy a góccal bal vese hypernephroid rákjának egy nyirokcsomóban levő áttéte volt. Ügyelni kell azonban arra, nehogy a betegnek a tomogram készítésére való áthelyezésekor az arteria pulmonalisba helyezett katéter ritmuszavart okozzon. Ezért ezt a vizsgálatot olyan intézetben ajánlatos végezni, ahol invazív cardiovascularis kórismézésre felkészült munkahely van a közelben.

Pongor Ferenc dr.

Koraszülött csecsemőben a hosszú ideig tartó intravénás táplálás során multiplex törés formájában megjelenő rachitis. Geffer, W. B. és mtsai (University of Pennsylvania, Philadelphia): Radiology, 1982, 142, 371.

Az alacsony súllyal született csecsemők orális táplálása gyakran nehézségekbe ütközik a felszívódási rendellenességek, a hasi distensio és a necrotizáló enterocolitis kifejlődésének veszélye miatt. A tartós intravénás táplálás miatt rachitis fejlődhet ki, melynek legkorábbi tünete a multiplex törés

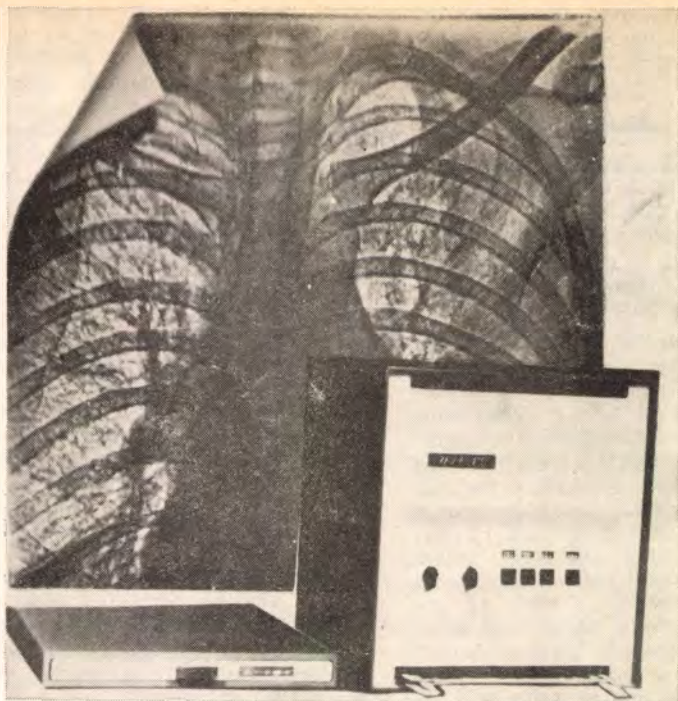
lehet. A prolongált hyperalimentáció kezelés során főként a foszfát hiánya járul hozzá a rachitis kialakulásához. A tápláló oldattal csak nagyon kevés foszfátot lehet bevinni a calciumfoszfát viszonylagos oldhatatlansága miatt. A rachitis gyanúját elsősorban a radiológus veti fel. Leggyakrabban a mellkasfelvételen találunk elváltozást. Korai jel a humerus proximalis metaphysisének rachitises elváltozása. Időnként a legkorábbi jel a multiplex bordatörés. Ezek a törések mellkasi auscultáció vagy élesztési kísérletek szövődmenyei. Két bemutatott esetükben has- és mellkasfelvételeken véletlen leletként multiplex végtagfracturákat találtak, melyek klinikailag occultak voltak. Differenciáldiagnosztikailag osteogenesis imperfecta, bántalmazott gyermek syndroma vagy rézhiány jön szóba. Ha a radiológus felveti a rachitis gyanúját, ez jelentős mértékben megváltoztatja a betegek kezelését. D-vitamin és foszfát bevitel mellett mielőbb meg kell szüntetni a parenteralis táplálást.

Varga Pál Ibolya dr.

Emésztőrendszeri vérzés esetén végzett angiographiák. Allison, D. J. és mtsai (Hammersmith Hospital and Royal Postgraduate Medical School, London): Lancet, 1982, II, 30.

A szerzők 145 emésztőrendszeri vérzésben szenvedő betegüknek 160 selectív zsigeri angiographiát végeztek. 52 esetben heveny vérzés során végezték el az angiographiát, 45 betegnél pozitív eredménnyel. A vérzés helyének tisztázására az endoscopiát tartják a legfontosabb módszernek, felső emésztőrendszeri vérzések esetében 96%-ban eredményes. Könnyebben elvégezhető, kevésbé invazív és biopsziás anyag vételét teszi lehetővé. Az esetek 36%-ában a vékonybélben találták a vérzésforrást, ez az endoscop számára elérhetetlen terület. Az endoscopiá sikertelensége esetén angiographiával pontosan lokalizálhatjuk a vérzés helyét, és ez therapiás beavatkozást tesz lehetővé. Electív angiographiát végeztek a betegek azon csoportjánál, akiknél évek óta többször előforduló vagy occult vérzés volt az anamnézisben. 108 betegből 80-nál sikerült a vérzés helyét kimutatni. 8 esetben sikeres therapiás embolizációt végeztek. Ebben a csoportban a leggyakoribb angiographiás diagnózis az angiodysplasia volt, mely az ismeretlen eredetű emésztőrendszeri vérzés gyakori oka, 5 esetben az angiodysplasia és a Meckel-diverticulum együttesen fordult elő. 25 évnél fiatalabb betegnél 7 esetben találtak angiodysplasiát, holott az irodalomban eddig nem közöltek 35 évnél fiatalabb betegnél.

Varga Pál Ibolya dr.



Előállíthatja a röntgenogramot
max. 2 perc alatt az

ERGA-O2

elektorröntgenográfiai készülék
segítségével

ERGA-O2

- helyettesíti a fotólaboratóriumot a röntgenszobában;
- minden típusú röntgenkészülékkel üzemeltethető;
- a viszonylag kis méret és alacsony súly következtében felhasználható a mobil röntgenhelyiségekben is.

FŐ MŰSZAKI ADATOK:

Az elektorröntgenogram mérete, mm	300×400, 240×300
Fényérzékenység, r^{-1}	min. 150
Egy röntgenogram előállításához szükséges idő, perc	max. 2
Felvett teljesítmény, W	150-ig
Méretetek, mm	
készülék	473×414×443
fixáló egység	406×473×68
A készülék súlya, kg	35

Exportőr: V/O



MEDEXPORT

Szovjetunió, 113461, Moszkva ul. Kahovka, 31.

Telefon: 121 01 54

Telex: 411247, 411951 Medex su.



KÖNYVISMERTETÉS

Adler Péter—Záray Ervin—Bánóczy Jolán: Cariologia és endodontia. 6. kiadás, Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1982. 423 old. 223 ábra. Ára: 158,— Ft.

A cariologia és az endodontia a sztomatológia szakágai között a legalapvetőbb. Azzal a kérdéssel foglalkozik, hogy miért válik a mai ember idő előtt fogatlanná, mi a fogszuvasodás oka, hogyan lehet az okokat — legalább részben — kiküszöbölni, tehát hogyan lehet a bajt megelőzni, melyek a következményes betegségek, miben áll a gyógyítás. E témák közül a gyakorló orvost elsősorban a betegség felismerése, a megelőzés, és az egész szervezetet érintő következmények érdeklik. Ma már a gyakorló orvos a beteg általános vizsgálata során nem hagyhatja figyelmen kívül a száj állapotát, s hogy ott kellően tájékozódni tudjon, szüksége van olyan könyvre, amelynek alapján részletesebben is eligazodhat a sztomatológia egyes kérdéseiben.

Adler—Záray—Bánóczy: „Cariologia és endodontia” című könyvének hatodik átdolgozott kiadása kettős célt szolgál: egyrészt az egyetemi tanulmányait végző leendő fogorvost oktatja a fogorvoslás egyik alapszakmájában, másrészt segítséget nyújt a fogszakorvosi vizsgára készülő fogorvosoknak. Emellett bőven tájékoztatja a szervezet egészét vizsgáló nem fogorvos gyógyító orvost is. Az ötödik kiadás átdolgozása nemcsak tartalmában, hanem felépítésében is lényeges változást hozott és az új könyvnek nagy hasznára vált.

Tartalmilag a szerzők figyelembe vették Boros Sándornak, a Fogorvosi Szemle 1979. évi 5. számában megjelent igen alapos és minden részletre kiterjedő könyvismertetését. A hatodik kiadásban jelentőségéhez mérten helyet kapott minden újabb ismeret mind elméleti alapját, mind gyakorlati használatát illetően. Szervesen épült be a tárgyalásba az újabb eszközök, anyagok és használatuk, feldolgozásuk módjának ismertetése. Szemléletében is, az érdeklődés lehetőségei, továbbá már ma is használható, sőt ma még széles körű használatra ugyan nem érett, de a jövőben előreláthatóan alkalmasnak ígérkező módszerek.

A könyv felépítésében az ötödik kiadáshoz viszonyítva is igen előnyös és lényeges változást jelent az, hogy a szöveg tagolásával, vastagabban szedett címszavak kiemelésével — a jól választott tipográfiával — a vizsgákon megkövetelt

minimumon túlmenő részek különválasztott szedésével könnyebbé válik a tanulás. A tananyag megértését és feldolgozását az is segíti, hogy ebben a kiadásban az ábrák egységesen a szövegbe iktatva találhatók meg: némelyeket didaktikusabbal cseréltek ki, s néhány új ábrát is beiktattak. Ezzel is megkönnyítették a vizuális tanulást.

Szerzők a szöveget is teljesen átdolgozták, újraírták. Így a mű nyelvezete és stílusa csiszoltabb, világosabb, könnyebben érthető, olvasmányos lett. A választékos könnyű stílusban írt tankönyv pedig nagyban segít sok tanulónak, mert a tapasztalás azt mutatja, hogy a hallgatóság nem csekély száma stíluszegény, a vizsgákon is nem-egyszer csak igen szegényesen tudja magát kifejezni, nincs elegendő szókinccse, nyelvhelyességi ismereteik is hiányosak.

Nem volna teljes e könyvismertetés, ha a szövegben itt-ott felbukkanó helytelen vagy nem pontos meghatározásról nem szólna recensens. Orvosi nyelvünkben egyes fogalmak, szakkifejezések sajnos nem egységesek, s némelyiket hibásan használják. Ez az írásművekben, tankönyvekben is ugyanúgy tapasztalható, ami azonban csak az értelmes tanulónak tűnik fel, a kevésbé figyelmes, vagy a biflázó nem veszi észre s hol a helyest, hol a helytelen rögzíti. Sajnos ebben az egyébként kitűnő tankönyvben is előfordul néhány. Ezeket azért is szükséges kiemelni, hogy az újabb kiadásból kiküszöbölődjenek (ugyanis az előző kiadásokban változatlanul megtalálhatók.). Ilyenek:

áthajlasi redő: helytelen, mert latinul fornix és nem plica fornicis; a helyes: áthajlás,

folytonosság hiány: helytelen, mert vagy folytonosság megszakítás van (ilyen pl. a metszett seb) vagy anyaghiány (ilyen pl. a szuvas üreg),

foramen coecum: helytelen, mert latinul nem coecus, hanem caecus a vak. Lenhossék, Kiss, Szentágothai, Donáth és a mindenkori anatómiai nomenklatúrák is ae-val írják (legújabbban egyszerűen e-vel, de nem ó-vel). A Fédération Dentaire Internationale által kiadott Dental lexikon is ae-vel írja!

műhiba: az orvosi műhiba fogalmát törvényeink nem ismerik. Ha az orvos foglalkozása szabályait megsértve jár el: a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés — tehát nem műhiba — címen vonják büntetőjogilag felelősségre, a polgári perben pedig vétkes károkozás címen indul a kártérítési

kereset. Az ún. orvosi műhiba kifejezés helyett tehát a pontos jogi meghatározásnak megfelelően az orvosi foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés megjelölést használjuk, illetve röviden: orvosi veszélyeztetést.

sepsis universalis: a sepsis mellett az universalis jelző szerepeltetése felesleges, mert nincs lokális sepszis.

A Medicina könyvkiadó elismerésre méltó munkát végzett, szép kiállításban és jó papíron adta ki a munkát.

Általánosságban megállapítható, hogy a hatodik kiadás korszerűbb mint elődje.

Schranz Dénes dr.

Gerhardt Junge-Hülsing, Winfried Hardinghaus: Herzschrittmacher. (A pacemaker). Hippokrates Verlag Stuttgart, Stuttgart, 1982. 119 old. Ára: 29,80 DM.

A tartós pacemakerrel kezelt betegek száma világszerte növekszik. A gyakorló orvosok ezért mind gyakrabban kerülnek abba a helyzetbe, hogy pacemakeres betegek panaszai kapcsán véleményt kell nyilvánítaniuk a pacemaker működéséről is. Az orvosi ismeretek és a szakirodalom e téren megnyilvánuló hiányosságát felismerve a népszerű Hippokratesz zsebkönyvsorozat újabb kötete a gyakorló orvosok szemszögéből tárgyalja a pacemakerrel kapcsolatos alapvető tudnivalókat.

Az első két fejezet rövid áttekintést nyújt a pacemaker gyártás és implantáció történetéről, a jelenlegi helyzetről (évente 60—80 új típus kerül világszerte forgalomba) és a várható jövőbeli fejlődésről.

A harmadik fejezet a tartós pacemaker kezelés mai helyzetét tárgyalja részletesen. Az elmúlt évek elektronikai fejlődése jelentős előrehaladást hozott a pacemaker-telepek, elektródarendszerek előállításában, miniatürizálásában is, amely részint az élettartam és üzembiztonság növekedését, részint pedig a bonyolultabb üzemmódok (pl. programozható pacemaker) kialakítását tette lehetővé. A pacemaker üzemmód nemzetközi osztályozása (ICHD, 1974), három betűs kódja alapján a következő kezelési módokat és azok indikációs területét ismerteti. VVI, DVI, DDI, VDI, AAI.

[Megjegyzés: az első betű az ingerelt szívürege(ke)t (A: atrium, V: ventricle, D: double), a második betű az érzékelt szívürege(ke)t, a harmadik betű pedig a válasz módját (pl. I: inhibited) jelzi. A három betűs kód egyébként 1981-ben öt betűs kóddá bővült (Pace 1981, 4, 400—402.), ahol vessző után, a negyedik betű a programozható funkció(ka)t, az ötödik betű pedig a speciális antitachycardia funkció(ka)t jelöli.]

Az elektródákat endokardiális kamrai és pitvari, valamint epi-

kardiális elektródákra osztva tárgyalja. Az egyes elektróda típusok vázlatos rajzát is bemutatja. A továbbiakban részletesen foglalkozik a tartós pacemaker implantáció indikációival.

A tartós pacemaker implantáció indikációit táblázatos formában csoportosítva foglalja össze a következő szempontok alapján:

I. **Bradykardiával járó szindrómák:** sinuscsomó betegség, a sinuscsomó gyógyszeres depressziója, AV-csomó betegség, karotis sinus hipersztézia, sinus- és AV-csomó (binodális) betegség. A táblázat feltünteti az EKG-eltérést, az EKG-eltéréshez vezethető alapbetegségeket, valamint az egyes körképek diagnosztikáját is.

II. **A bradykardiával járó szindrómák speciális diagnosztikája.** 1. sinuscsomó felezési ideje, 2. atropinpróba, 3. karotismassage, 4. Hisköteg elektrogramfelvétel készítése, 5. ajmalin-próba. Leírja az egyes próbák indikációit, kivitelezését, normális és kóros értékeit.

III. **Klinikai tüneteken és EKG-eltéréseken alapuló tartós pacemaker implantáció indikációk:**

Abszolút indikációk: 1. bradykardiához társuló Morgagni-Adams-Stokes-szindróma, 2. 40/min alatti bradykardia, 2500 ms-on felüli aszisztolia következő vezetési zavarok egyikével vagy kombinációval: SA-blokk (I-III.), AV-blokk (II-III.), pitvarfibrilláció alacsony kamrafrekvenciával, 3. bradykardiával, vagy normofrekvenciával járó kombinált AV-ingerületvezetési zavarok (I-II. fokú AV-blokk + mono- vagy bifascicularis blokk), 4. komplett és inkomplett trifascicularis blokk.

Relatív indikáció: 40/min feletti bradycardia + 2500 ms alatti aszisztolia + különböző AV-ingerületvezetési zavarok.

A harmadik fejezet további részében a pacemakeres betegek felülvizsgálatával foglalkozik. A felülvizsgálatot a beteg, a kezelő orvos, a pacemakert implantáló kli-

nika végzi. A betegnek naponta pulzusszám ellenőrzést, valamint a pacemaker feletti bőrterület inspekcióját javasolja. A kezelőorvos feladata a következő: (4-6 hetente) fizikális vizsgálat, centralis és perifériás pulzusszám ellenőrzés, EKG-felvétel készítése, sz. sz. rtg-felvétel. Az implantáló klinika ellenőrzése az implantáció után negyedévvel, majd évente egyszer, később a generátorcsere időpontja előtt ismét negyedévente történik. A klinika felülvizsgálata a következőket foglalja magába: fizikális vizsgálat, EKG-felvétel, esetenként Holter-monitor, mágnespróba, rtg-kontroll szükség esetén, a pacemaker működésének ellenőrzése. Bemutatták a szerzők által használt nyomtatványt, amelyeken a klinika értesíti a beteg kezelőorvosát a pacemaker ellenőrzés eredményéről. A fejezet utolsó része a pacemaker szövödményeket és azok gyógykezelését táblázatokba foglalva tárgyalja. A szövödményeket két nagy csoportra osztja: a pacemaker rendszer zavaraira és kardiális vagy extrakardiális eredetű eltérésekre. Külön táblázat tartalmazza a pacemaker működését zavarható gépek, készülékek, elektromos be-
rendezések jegyzékét.

A könyv negyedik fejezete az Európában használatos pacemaker típusokat ismerteti a következő szempontok alapján: gyártó cég, típus, a pacemaker fényképe és rtg-képe, a rtg-képen látható kód, amely az azonosítást segíti elő, méret, súly, alappfrekvencia, mágnespróba alatti frekvencia, programozható frekvencia, impulzusszélesség (ms), kimenő feszültség (V), energiaforrás, generátorcsere indikáció, várható élettartam, garanciális idő.

Ez előzőekben ismertetett szempontok alapján a Biotronik, Cordis, Pacesetter, Intermedics, Medtronic, Siemens-Elema, Vitatron cégek 44 pacemaker típusát mutatja be.

A könyv utolsó fejezete a pacemakerrel kapcsolatos leggyakoribb kifejezéseket „pacemaker-abc” formájában ismerteti, majd irodalomjegyzéket közöl azok számára, akik az alapfogalmakon túlmenően szeretnének a pacemaker implantáció egyes kérdéseivel megismerkedni.

A zsebkönyv a pacemakeres betegekkel foglalkozó gyakorló orvosok számára rendkívül hasznos olvasmány.

Borbola József dr.

New Researches in Biology and Genetics. (Új kutatások a biológiában és genetikában), (Szerk.: H. M. Said) Hamdard Academy, Karachi, 1979. 384. old. (Ára 10 USA dollár).

A kötet az UNESCO, a pakisztáni Oktatásügyi Minisztérium és a pakisztáni Hamdard Alapítvány szervezésében 1979 decemberében Islamabadban tartott nemzetközi szimpozium anyagát tartalmazza. E tudományos rendezvény egy sorozat harmadik állomása volt, Várna (1975) és Madrid (1977) után. A főbb célkitűzéseket a következőképpen fogalmazták meg: a környezetszennyeződés elleni harc és az ökoszisztéma megőrzése; a táplálékhiány miatt szükséges mezőgazdasági fejlődés siettetése; az emberiség génállományának és ezúton az egészség védelme; a stresszoroknak és az élet egyéb feszültségeinek tanulmányozása az egészségre; a népesség demográfia struktúrája és ennek a fogamzásgátlás elterjedése, valamint az utód nemének megválaszthatósága miatti módosulása; a világ népességnövekedésének befolyásolása. A kötet 25 közleményt tartalmaz és ezek, főleg pakisztáni szerzők előadásában, a fejlődő országok nézőpontjából foglalják össze a fenti témákat.

Czeizel Endre dr.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Posta Központi Hírlapiroda, Budapest V., József nádor tér. Tel. 180-850



A Vas megyei Markusovszky Kórház Baleseti Sebészeti Osztálya 1983. június 2-án 15 órakor, Szombathelyen, a Kórház előadótermében — 30 éves fennállása alkalmából — tudományos ülést rendez.

1. Prof. Forgón Mihály: Megnyitó.
2. Tíborcz Sándor dr.: A Baleseti Sebészeti Osztály megalakulása és működése 1953—1975-ig.
3. Prof. Salamon Antal: A Baleseti Sebészeti Osztály működése 1976—1983-ig.

Szünet

4. Sarang István dr., Mézes Miklós dr., Vidó Sándor dr.: A lábszártörések műtéti kezelésének eredményei.
5. Ihász Miklós dr., Korcsmár József dr., Bali László dr.: Korszerű törekvések a gyermektraumatológiai ellátásban.
6. Prof. Isván Lajos: A haemophiliások balesetének problémái.
7. Széll Kálmán dr.: Az anaesthesiológia és az intenzív betegellátás helye a baleseti sérültek ellátásában.
8. Bobest Mályás dr., Alpár Balázs dr.: A baleseti idegsebészeti ellátás fejlődése Vas megyében.
9. Álmos Sándor dr.: Korszerű röntgenellátás a baleseti sebészetben.
10. Birosz Béla dr.: Együttműködésünk a baleseti sérültek oxológiai ellátásában.
11. Pintér Ernő dr.: Az orbita blow-out törései.
12. Mangliár Károly dr., Mézes Miklós dr.: A baleseti sérültek komplex rehabilitációja Vas megyében.

A Fővárosi Róbert Károly körüti Kórház-Rendelőintézet Tudományos Bizottsága 1983. május 24-én, 13.15 órakor, a Kórház előadótermében (XIII., Róbert K. krt. 82—84. sz.) ankétot rendez az ún. pszichoszociális veszélyeztető állapotok témaköréről.

Moderátor: Fenyvesi Tamás dr.

Felkért hozzászólók: Simkó Alfréd dr. (II. sz. Psych. Oszt.), Udvarhelyi Ágoston dr. (I. sz. Belgy. Oszt.), Hódy László dr. (Sallai utcai Körz. Rend.), Sárkány Anna dr. (I. sz. Psych. Oszt.).

A Fővárosi Péterfy S. u. Kórház-Rendelőintézet Tudományos Egyesülete 1983. május 26-án 14 órakor, a Kórház orvosi könyvtárában (VII., Péterfy S. u. 14.) tudományos ülést tart.

Árr Magdolna dr., Graber Hedvig dr.: Az antibiogram korszerűsítéséről.

Korányi György dr.: A méhen belüli sorvadás szülészeti, belorvosi és szocioökonómiai okairól.

Németh Csóka Ágnes dr., Garam Tamás dr., Bakács Tibor dr., Csató Zsuzsa dr.: Csonttumoros betegek perifériás limfocitáinak citotikus kapacitása humán vörösvértestek ellen.

A Fővárosi Balassa János Kórház-Rendelőintézet 1983. május 26-án, 14 órakor, a Kórházban (VIII., Vas u. 17.) tudományos ülést tart.

Varga Péter dr.: Intenzív betegellátás néhány szervezési kérdése, különös tekintettel az osztályközi kapcsolatokra.

A Fővárosi Bajcsy-Zsilinszky Kórház Igazgatósága és Tudományos Bizottsága 1983. május 26-án 14 órakor, a Kórház tanácstermében tudományos ülést tart.

1. Mészáros István: A hipnoterápia néhány kérdése.
2. Migály Péter, Tagányi Károly: Kezdeti eredményeink és terveink a hipnózis anaesthesiológiai alkalmazásában.
3. Tagányi Károly dr., Migály Péter: A „Fájdalom Klinikák” feladata — lehetőségek a fájdalomcsillapításban.
4. Migály Péter, Tagányi Károly, Laczkó Péter: Az intrathecalis morfin anaesthesia légzésdepressziós hatásáról egy esetünk kapcsán.

A Visegrádi Gyógyintézet, a Magyar Gerontológiai Társaság 1983. május 27-én (péntek) 13.30 órakor, a Visegrádi Gyógyintézetben „Zene és rehabilitáció” címmel tapasztalatszerét tart.

Üléselnök: Kukor Imre dr.

Kocsis Feren dr.: Megnyitó.
Réti Ferencné: Üdvözlés.

Üléselnökök: Vértés László dr., Petri Margit dr.

Németh Béla dr.: Pszichiátriai, alkoholológiai terapiás, rehabilitációs zenei foglalkozások szervezése.
Olsvay Márta: A zene, mint a rehabilitáció egyik eszköze.

K. Honthy Kinga: Neurotikus gyermekek kombinált zeneterápiája.

Füsti Molnár Sándor dr.: Bach „Goldberg variációi” — a zene hatása a kedélyre és az egészség megőrzésére.

Dr. Treerné Gyimesi Ilona: A zene szerepe az idősek pszichés gondozásában — szociális otthoni tapasztalatok.

Sediánszky Éva dr.: A Félelemmentes Gyermekváró kialakításának esztétikai eszközei — második lépcső: Kodály koncepcióra épített feszültségcsökkentő zene.

Vita — Szünet

Üléselnökök: Kocsis Ferenc dr., Domokos Kinga.

Vitalova, Susana: A zeneterápia gondjáról zenészi nézőpontból.

Dénes Zsuzsanna: Az idős ember találkozása a zenével.

Fügi Sarolta dr.: Zeneterápiás kezelési módok alkalmazása felvételes akut elmeorvosi osztályon.

Komlósi Piroška dr.: A zene szerepe a pszichoterápiában.

Domokos Kinga, Vértés László dr.: Zenei kreativitás és idős kor.

Vita

Vértés László dr.: Zárzó.

A Magyar Kardiológusok Társasága és a Texas Heart Institute 1983. május 30-án, hétfőn 18 órakor, az Orvostovábbképző Intézet Oktatási Épület nagyertermében (XIII., Szabolcs u. 33.) tudományos ülést rendez.

1. J. Michael Duncan, M. D.: A Saint Jude típusú műbillentyű: a Texas Heart Institute korai klinikai eredményei.

2. Robert D., Leachman, M. D.: A mitralis billentyű működési zavarával szövődő idiopáthiás hipertrofiás szubaortikus sztenózis belgyógyászati és sebészeti kezelése.

3. Zvonimir Krajcev, M. D.: A transzluminális koronáriás angioplasztika jelenlegi állása.

Az angol nyelvű előadásokat vita követi.

A Magyar Ortopéd Társaság 1983. május 30-án, du. 18 órakor, a Semmelweis OTE Ortopédiai Klinika nagyertermében (XI., Karolina út 27.) tudományos ülést tart.

1. Renner Antal: Ízületi endoprothesisek a kézen.

2. Rupnik János: Helyreállító kézműtétek stabil osteosynthesissal.

3. Lénárt György: Kéz, irodalom, művészet.

4. Esetmegbeszélések.

A Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Bizottsága 1983. május 31-én, 16 órakor az Orvostudományi Egyetem Oktatási Épület előadótermében (Dóm tér 13.) tudományos ülést rendez.

1. Szemere György, Hunyadiné Szörényi Ágnes: Ritka cytogenetikai elváltozások saját anyagunkban.

2. Velcsovna Pintér Klára: Biológiai tesztek számítógépes értékelése.

3. Molnár János: Az évközi ellenőrzések kapcsán szerzett tapasztalataink orvostanhallgatók biológiai oktatásában.

4. Pónyi Sándorné, Nyilassi Júlia: A gyakorlati oktatás szerkeze-

te és módszertana orvostanhallgatók biológiai képzésében.

5. **Orvosi Biológiai Intézet, Oktatástechnikai és Technológiai Központ:** Tape-slide (dia-magnó) program bevezetése a gyakorlati oktatásba.

A Magyar Gerontológiai Társaság 1983. június 2-án (csütörtök) 14.00 óra, a Semmelweis OTE Gerontológiai Központban (VIII., Somogyi B. u. 33.) tudományos ülést tart.

Hazafi K.: A Baranya megyei Kórház-Rendelőintézet Chronikus Belgyógyászati Osztálya szervezésének tapasztalatai.

Somos L.: Az alapellátás lehetőségei az idős lakosság ellátásában.

Kúdas Zs.: Digitalis kezelés az idős korban, a serum digoxin-szint meghatározásának jelentősége.

Gergely I.: Geriatriai és szociális gerontológiai taaszlatok az Amerikai Egyesült Államokban.

A Magyar Pszichiátriai Társaság Szenvedélybetegségek Munkacsoportja, az Alkoholizmus Tudományos Módszertani Központ, az Alkoholizmus Elleni Országos Bizottság Egészségügyi Tudományos Szakbizottsága, a Főv. Róbert K. krt.-i Kórház Tudományos Köre 1983. június 2-án (csütörtök) 14 órakor Budapesten, a XIII. ker. Szegedi úti Szakrendelő Könyvtár termében (XIII., Szegedi u. 17.) **kerekasztal-konferenciát** rendez.

Tárgya: Alkoholbetegek terápiája VI Detoxikáló Állomások szerepe az Egészségügyi ellátásban.

Vitavezető: Takách Gáspár dr.

Részvevők: Balázs Béla dr., Dobranovics Ilona dr., Fekete Tamás dr., Kazacsay Ferenc dr., Kése Il-dikó dr., Nyuli László dr.

A Magyar Arteriosclerosis Társaság 1982. évre kiírt pályázatának nyertesei:

Detre Zoltán dr. (Semmelweis OTE II. Kórbont. Int.), **Landy Anna dr.** (Főv. István Kórház I. Beloszt.), **Makáry Anna dr.** (Kecskeméti megyei Kórház Kórbont. oszt.), **Schneider Ferenc dr.** (Semmelweis OTE II. Kórbont. Int.).

20 ÉVES ORVOSTALÁLKOZÓ.

A Szegedi OTE Általános Orvosi Karán 1963-ban végzett orvosok részére évfolyamtalálkozót szervezünk 1983. szept. 17-én, Szegeden. Kérjük a volt évfolyamtársakat, pontos címüket jutassák el **Kincses László dr.-nak.** (Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Szeged, Semmelweis u. 1. 6725, tel.: 62/10-233.)

A Magyar Belgyógyász Társaság Dunántúli Sectiója 1983. június 1—2—3-án Pécsen, az Orvostudományi Egyetem Központi Épület tantermeiben (III. Szigeti u. 12.) rendezi XXX. jubileumi vándorgyűlését.

Június 1., szerda, 9.00 óra

„A” terem

Hankiss János: Elnöki megnyitó. Üdvözlések.

Varga Gy.: Pécsi képek zenével.

Szünet

Plenáris ülés

Nephrológia

Üléselnökök: **Burger T., Hankiss J.**

Burger T. (Pécs): A vesebetegek anaemiája. Referátum.

1. **Frang D., Polyák L., Németh M., Czvalinga I. (Pécs):** Újabb therapiás elvek a polycystás vesék kezelésében.

2. **Nagy L., Polner K., Németh L., Ferenczi S., Boros Gy., Varga I., Hankiss J., Kulcsár I. (Zalaegerszeg, Győr, Kaposvár, Szombathely):** Uraemiás betegek szérumban kimutatható közép-molsúlyú anyagokról.

3. **Nagy J., Trinn Cs., Deák Gy., Gofman L., Burger T. (Pécs):** Extraglomerularis renalis elváltozások különböző típusú glomerulonephritisekben.

4. **Polner K., Nagy L., Alpári E., Patakfalvi A. (Zalaegerszeg):** Vesebetegek szérumban és vizelet béta-2 mikroglobulin szintjének meghatározásával szerzett tapasztalataink.

5. **Süle T., Tatai Zs., Gofman L., Nagy J., Trinn Cs., Burger T. (Pécs):** A complement vizsgálatok értéke különböző nephropathiák prognózisának megítélésében.

Szünet

Üléselnökök: **Boros Gy., Nagy J.**

6. **Berecki Z., Sonkodi S., Hódi M., Mágóri A., Farkas E., Ormos J. (Dunaújváros, Szeged):** Hypertensio nephropathia diabeticában.

7. **Sámik J., Ágoston M., Gofman L., Burger T., Karátson A. (Pécs, II. Belklinika és Urológiai Klinika):** A vérárvadás változása hemodialízis alatt.

8. **Varga Z., Juhász M., Tamási K. (Dombóvár, Belgyógyász):** Proteinuriás és/ill. azotaemiás betegek kórelőzménye.

9. **Nemessányi Z., Zámbo K. (Szeged, Pécs):** A kamerarenographia szerepe és helye a vesebetegek diagnosztikájában.

10. **Varga Gy., Papp Zs. (Baranya megyei Kórház röntgen osztálya):** Vesevéna thrombosis diagnosztikája urographia alapján.

11. **Trinn Cs., Nagy J., Jászai V., Gofman L., Deák Gy., Burger T. (Pécs, II. Belklinika, Gyermekklinika és Kórbontani Intézet):** Rheumatoid arthritishez társuló secunder amyloidosis.

12. **Gofman L., Süle T., Karátson A., Burger T. (Pécs, II. Belklinika és Urológiai Klinika):** Glomerulopathia és terheesség.

Szünet

Délután 15.00 óra

„A” terem

Üléselnökök: **Karátson A., Gofman L.**

13. **Tóth T., Boros Gy., Csonka S., Deák Gy. (Kaposvár, Siófok, Pécs):** Tauredon okozta nephropathia anticoagulans kezelése.

14. **Mágel F., Varga I., Boros Gy., Karátson A. (Kaposvár, Pécs):** Peritonealis dialysis. Öt év eredményei, kudarcai.

15. **Németh L., Láng L., Ferenczi S. (Győr):** Goodpasture syndromában alkalmazott kombinált (IS, PF, PD) kezelés.

16. **Karátson A., Farkas L., Rácz L., Török A. (Pécs):** Ascites reinfusiója chronikus uraemiás, haemodialysissal kezelt betegen.

17. **Kulcsár I., Hankiss J., Náfrádi L., Varga J. (Szombathely):** 2368 peritonealis dialízis során észlelt szövödmények.

18. **Eigemann E., Kiss B., Kazinczy K., Bereczky Z., Molnár G., Csontos P. (Dunaújváros):** Sulfonamid okozta acut veseelégtelenség egy eset kapcsán.

19. **Rácz L., Hidvégi M., Karátson A., Szenohradsky P., Frang D. (Pécs, Budapest, Szeged):** Veseátültetett betegeink kórelőjárása.

20. **Grósz M., Császár K., Szikora Zs. (Tatabánya):** A nephrológiai szakellátás megszervezése és kezdeti eredményei Tatabányai megyei Kórházban.

Máj és epeutak

Üléselnökök: **Nemes T., Pár A.**

21. **Varga Gy., Temesi M. (Pécs):** PTC szerep az epeutak tárgulat nélküli elzáródásának diagnosztikájában.

22. **Gersei E., Takátsy Z., Kovács L., Nagy J. (Pécs):** Az epekő ileus röntgen morfológiája.

23. **Papp Zs., Varga Gy. (Pécs):** A peroralis cholecystographia és a célzott felvételi technika az epehólyag legkisebb elváltozásainak diagnosztizálására.

24. **Varga Gy., Temesi M. (Pécs):** A radio-cholegraphiak helye az ultrahang diagnosztika bevezetése után.

25. **Schmidt I., Pasztarák E., Simon L., Jámor M. (Szekszárd):** ^{99m}Tc-HIDA choleoscintigraphia a Vater papilla stenosis és hypertóniás Oddi sphincter dyskinesis differenciáldiagnózisában.

26. **Kéki K., Kincses Á., Horváth A., Nemes T. (Kaposvár):** Parazitás és non-parazitás májcysták.

27. **Pap Zs., Onody Zs. (Győr):** Ultrahanggal diagnosztizált cholecystacarcinomás eseteink.

28. **Császár T., Kutas J., Patakfalvi A. (Zalaegerszeg):** Cholesterosis és/vagy ductus cysticus synd-

roma klinikailag diagnosztizált és műtéttel igazolt 48 esete.

29. Horváth T., Rost T., Pár A., Tapsonyi Zs., Kádas I. (Pécs): Szulfadimidin klinikai vizsgálatok idült májbetegségeknél.

30. Novotny Z., Kelle L., Fodor L., Kelemen K. (Nagyatád): A gyógyszeres diffúz májkárosodás spektruma.

Június 1., délután 15.00 óra

„B” terem

Cardiológia

Üléselnökök: Bohenszky Gy., Böszörményi E.

1. Kármán M., Horváth M., Buzási Gy., Böszörményi B. (Balatonfüred): Bal kamrai falmozgás összehasonlító vizsgálata gamma-kamerával és echo-kardiográfiával ischaemias szívbetegségeknél.

2. Hegedüs Gy., Csingár A., Török R., Tarján J. (Szekszárd): A bal kamra mechanikai működésének jellemzése pitvarfibrillációban szisztolés időintervallumok alapján.

3. Erdélyi K., Horváth M., Pekó E., Czibókné Pszota Á., Böszörményi E. (Balatonfüred): Acut nifedipin hatás vizsgálata radiocardiographiával és 133-xenon technikával.

4. Strommer M., Veress G., Böszörményi E. (Balatonfüred): Concinajelenség igazolása His-köteg EKG-val rejtett WPW-szindrómában.

5. Buzási Gy., Böszörményi E., ifj. Endersz F., Karády S., Pintér I., Veress G. (Balatonfüred): Az echocardiographia jelentősége a bal pitvari myxoma diagnosztikájában.

6. Andreka B., Peter Pretschner (Győr, Hannover): Betegágyhoz vihető nukleárkardiológia.

7. Pintér I., Böszörményi E., Buzási Gy., Veress G., Csuhaj J. (Balatonfüred): A mitrális prolapsusos betegek teljesítőképességének megítélése kerékpár-ergometriás terheléssel.

8. Horváth M., Karsai L., Pszota Á., Kármán M., Sárdy J.-né, Bábiczy T.-né (Balatonfüred): Néhány ischaemias szívbeteg kóreset elemzése, a kórlefolys nukleárkardiológiai vizsgálatokkal való követésének illusztrációjával.

9. Veress G., Strommer M., Böszörményi E., Buzási Gy., Pintér I. (Balatonfüred): Atropin indukálta AV-junctionalis rhythmus sinus csomó dysfunkcióban.

Sz ü n e t

Üléselnökök: Horváth M., Tarján J.

10. Mikeš L., Böszörményi E., Szigeti Gy. (Balatonfüred): Fiatal és idős, infarktuson átesett betegek összehasonlító terheléses vizsgálata.

11. Szegfalvi E., Török M., Böszörményi E., Ludvig K. (Balatonfüred): Szénsavas fürdőkúra, értorna, valamint a kettő együttes

hatása dysbasiás betegek járástávolságára és Doppler-indexére.

12. Maros M., Bohenszky Gy., Bokor Zs. (Pécs): A terhelességi cardiomyopathiáról.

13. Szeles É., Böszörményi E., Szigeti Gy. (Balatonfüred): Fiatal és idős infarktussal betegek rizikófaktorainak összehasonlító vizsgálata.

14. Bódis L., Radnai B., Németh M. (Pécs): Néhány klinikai adat a Nitroglycerinnel nem befolyásolható angina pectoris tünetegyütteséhez.

15. Lukácsy A., Láng L., Gasztorny Z. (Győr): Klinikai tapasztalatok az acut myocardialis infarctus szisztémás streptokináz kezelése kapcsán.

16. Tremmel O., Réthly E. (Sopron): A myocardialis infarctus egy elfelejtett rizikófaktor a vérhúgsav.

17. Csike M., Zörényi I. (Zalaegerszeg): Három testvér infarctusának elemzése.

18. Dinnyés J., Osvai L., Sáska M. (Esztergom): Rhythmuszavarok előfordulása és ellátása.

Június 1., délután 15.00 óra

„C” terem

Pajzsmirigybetegségek

Üléselnökök: Zsámbéky P., Deák J.

1. Dobos J., Illés E., Hankiss J. (Szombathely): TRH-terheléses vizsgálatának értékelése.

2. Andréka B., Háfenschner I., Sipos E. (Győr): A diffúz, euthyreoid golyva belgyógyászati kezelése.

3. Petz Á., Stefanics K. (Pécs): Malignus lymphomás betegek nyaki supraclavicularis régióinak besugárzása után fellépő hyperthyreosis.

4. Grosz M., Bártfai Zs., Szikora Zs., Sáradi A., Csizsár K. (Tatabánya): Pajzsmirigybetegségek és asthma bronchiale együttes előfordulása — a kezelés nehézségei.

Tumorer

5. Wenczl M. (Szombathely): Megkészt, de még mindig hatásos CMFVP + A kemoterápia és hormonkezelés előrehaladott emlőrákban.

6. Kósa Zs., Tornóczky J., Balogh J., Baliko Z., Tóth A., Muth L., Lampek I., Gaborjác M. (Szekszárd): Kombinált kemoterápia áttéteket adó emlőrákban.

7. Gelencsér É., Oláh K., Bán A., Cseke Zs., Mészáros L., Patakfalvi A. (Zalaegerszeg): Az emlőtumoros betegek hormon és kombinált citosztatikus kezelése.

8. Wenczl M., Brittig F., Hankiss J. (Szombathely): Hörgőbe tört tumorszövet-kilöködés 10 éve kezelt mellékvesekéreg carcinomás betegnél.

Sz ü n e t

Varia

Üléselnökök: Bán A., Zsembery D.

9. Hambach J., Hamvas J. (Esztergom): A komplement rendszer

rendellenes működése következtében kialakult kórképek, klinikai megfigyelések.

10. Úrmösi A. (Tatabánya): Az acut vertebralis syndroma.

11. Gajda J., Varga J., Zimonyi G., Nagypál I. (Tata): Venographiás tapasztalataink alsó végtagi oedemák megbetegedésekben.

12. Zulik R., Zentai I., Horváth K. (Tatabánya): Plazmainfúziók alkalmazása növényvédőszer-mérgezések kezelésében.

13. Korenchy M., Simon J., Meichl T., Kazinczy K., Kiss B. (Dunaújváros): A preexcitatio megszüntetésének gyakorlati lehetőségeiről.

14. Zsembery D., Pák G., Bohár L. (Dorog, Budapest): Ultrasonographias consilium lehetősége és szerepe egy vidéki belgyógyászati osztály gyakorlatában.

15. Ablonczy P., Pisztor F., Horváti M. (Szekszárd): Nagy ágyszámú pszichiátriai osztály belgyógyász konziliáriusi igénye és ellátása.

16. Pál K., Nagy Á., Hazafi K. (Pécs): Preventív gondozási program szociális otthonban.

Június 2., csütörtök, 9.00 óra

„A” terem

Plenáris ülés

Gastroenterológia

Üléselnökök: Jávör T., Láng L.

Jávör T. (Pécs): A szabad gyökök, illetve a gyökcsapdák belgyógyászati jelentősége. Referátum.

1. Molnár K., Papp Zs. (Pécs): Polyposisok diagnosztikája hypotóniás kettős kontraszt colonografiával.

2. Papp Zs., Varga Gy. (Pécs): A gyomor kettős kontraszt vizsgálata — mint az endoscopia egyetlen alternatívája.

3. Szabó M., Varga Gy. (Pécs): A rectosigoidalis folyamatok röntgenvizsgálatának buktatói, kombinált metodikája.

4. Téri N., Rácz I., Láng L. (Győr): Endoscopos polypectomia a vastagbélben.

5. Rumi Gy. (Pécs): Idegentestek fiberoscopos eltávolítása gyermekkorban.

Sz ü n e t

Üléselnökök: Mózsik Gy., Beró T.

6. Csermely L., Rumi Gy., Takátsy Z., Németh Á., Burger T. (Pécs): Malignus gyomorlymphoma esetek.

7. Rácz I., Téri N., Láng L. (Győr): Juxtapapillaris diverticulumok ERCP vizsgálatainknál.

8. Kelle L., Bóta L., Fodor L., Verkmán S. (Nagyatád): Gastrointestinalis endoscopos tapasztalatok és következtetések 3000 vizsgálat során.

9. Kúronya P., Mészáros S. (Ajka): Menetrier-féle óriásredős gastritis és hypertrophias hypersecretorios gastropathia.

10. Rauth J., Solt J. (Pécs): Nye-
lőcső mycosis klinikuma, diagnos-
tikája és terápiája.

11. Patty I., Tárnok F., Jávör T.,
Deák G., Nagy L., Mózsik Gy.
(Pécs): Lokális bevonóanyagok a
ventrikuláris ulkusz kezelésében.

S z ü n e t

Haematológia

Üléselnökök: Nagy I., Patakfal-
vi A.

Patakfalvi A. (Zalaegerszeg): A
monoclonalis gammopathiák klini-
kuma és terápiája. Referátum.

1. Nagy I., Losonczy H. (Pécs):
Antithrombin III. variánsok.

2. Völgyi Z., Gács P., Kretzer A.,
Kerényi M. (Zalaegerszeg): Haemo-
stasis az alsó végtagok obliteratív
arteriosclerosisában.

3. Losonczy H., Nagy I. (Pécs, I.
Belklinika): A véralvadás és a
zsírsanyagcsere változása különböző
dózisú retard-heparin hatására.

4. Nagy M., Bán A. (Zalaeger-
szeg): Súlyos mélyvénás thrombosis
és pulmonalis embolia komplex fib-
rinyolitikus kezelése.

5. Muth L., Balikó Z., Pasztarak
E., Tornóczky J. (Szekszárd): Szé-
rum béta-2 mikroglobulin változá-
sa malignus haematológiai beteg-
ségek cytostatikus kezelése során.

6. Mislai Zs., Pácsa S., Losonczy
H., Nagy I. (Pécs I. Belklinika, és
Mikrobiológiai Intézet): A béta-2
mikroglobulin és vírusellenanyag-
szintek vizsgálata malignus hae-
matológiai kórképekben.

7. Bán A., Ambrusics A., Pintér
Gy. (Zalaegerszeg): A gyógyszeres
agranulocytosisok vizsgálata és ke-
zelése során szerzett tapasztalatok.

Június 2. csütörtök, 15.00 óra

„A” terem

Haematológia

Üléselnökök: István L., Tor-
nóczky J.

8. István L., Kelényi G., Ber-
kessy G., Tornóczky J., Balikó Z.,
Tremmel O. (Szombathely, Pécs,
Miskolc, Sopron): A T-sejtes CLL.

9. Várbiro M., Marton É., István
L. (Szombathely): A polymphocy-
tás leukaemia.

10. Marton É., István L. (Szom-
bathely): A malignus histiocytosis
klinikuma és terápiája.

11. Puskás É., Bodnár M., István
L. (Szombathely): Tartós intenzív
polychemoterapiában részesített
myeloma multiplex és immuno-
cytomás betegek immunstatusa.

12. Varga L., Tóth M., Szigeti M.
(Győr): Szokatlan elhelyezkedésű
soliter plasmocytoma.

13. Rácz S., Lélek I., Patakfalvi
A. (Zalaegerszeg): Malignus lym-
phomás betegek vizsgálata ultra-
hanggal.

14. Bencze K., Papp Gy., Fe-
renczy S., Patakfalvi A. (Zalaeger-
szeg): Myeloma és chronikus mye-
loid leukaemia ritka extramedul-
laris, tumoros localisatiója.

15. Balikó Z., Tornóczky J.,
Muth L., Tóth A. (Szekszárd): Si-
kerek és családások a chronikus
lymphoid leukaemia kezelésében.

16. Pintér T., Alexy M. (Győr):
A non-Hodgkin malignus lympho-
mák klinikai sajátosságai a Győr-
Sopron megyei Kórház beteganya-
gának vizsgálata alapján.

S z ü n e t

Üléselnökök: Losonczy H.,
Schmelzer M.

17. Molnár L., Burger T., Hart-
mann E., Schmelzer M. (Pécs):
Cytogenetikai vizsgálatok myelo-
proliferatív kórképekben.

18. B. Egyed Á., Masát P., Chol-
noky P., István L. (Szombathely):
A gyermekkori ALL kezelésének
mai eredményei és problémái: 16
„gyógyult” eset tapasztalatai.

19. Bodnár M., István L. (Szom-
bathely): A fiatalkori ALL kezelé-
sének eredményei és problémái.

20. Schmelzer M., Burger T.,
Molnár L., Ágoston M. (Pécs):
TAD-kezeléssel szerzett tapasztala-
taink.

21. Ágoston M., Molnár L.,
Schmelzer M., Burger T. (Pécs):
Leukaemoid csontvelői képpel,
extrém anaemiával járó erysipol-
as és mélyvénás thrombosis esete.

22. Brenner F., Szentcsiki M.,
Kindler M. (Tatabánya): Az idio-
pathiás hypereosinophil syndromá-
ról.

23. Papp Gy., Ferenczy S., Patakf-
alvi A. (Zalaegerszeg): A csont-
biopsia jelentősége haematológiai
kórképekben.

24. Kelle L., Kozma L., Kelemen
K., Borsos F. (Nagyatád): Immun-
haemolyticus anaemia alfa-methyl-
dopa kezelés kapcsán.

25. Tóth M., Varga L., Bánai
Gy. (Győr): Haemochromatosis
familiaris előfordulása.

Június 2., csütörtök, 15.00 óra

„B” terem

Gastroenterológia

Üléselnökök: Simon L., Rumi
Gy.

1. Mózsik Gy., Fiegler M., Ruzsa
Cs., Tapsonyi Zs., Weichné Csikós
É.: (Pécs): Klinikai-dietetikai viz-
sgálatok REDI-sós húsipari termé-
kekkel.

2. Tárnok F., Patty I., Deák G.,
Nagy L., Mózsik Gy., Jávör T.
(Pécs): Atropin + Histodil kombi-
nációval szerzett kezdeti tapasztala-
taink nyombélfekélyes betegek
kezelésében.

3. Bokor N. (Szombathely): El-
húzódo hatású antacidummal szer-
zett tapasztalatok.

4. Kenéz P., Simon L., Tóth Gy.,
Kovács S. (Szekszárd): A hipertóni-
ás Oddi szfinkter diszkinézis ke-
zelése kalcium-antagonista szere-
kel.

5. Sebestyén M., Bárány L., Sza-
káll E. (Nykanizsa): A gastro-
duodenalis pseudoangina.

6. Beró T., Jávör T. (Pécs): A
diéta szerepe a vékonybél-betegsége-
k kezelésében.

7. Mátyai I., Simon L., Benedek
Sz., Schmidt I. (Szekszárd): A „ma-
gas kockázatú” emésztőszervi bete-
gek gondozásának racionalis meg-
szervezése számítógépes módszer-
rel kórház-rendelőintézeti egység-
ben.

8. Grosz M., Szentcsiki M., Dom-
bi P., Járny G., Schwarz T., Laka-
tos P. (Tatabánya): Gyomorvérzés
ritka jóindulatú daganatból — a
diagnózis és a terapia buktatói.

9. Sipos P., Rumi Gy., Kádas I.,
Mészáros I. (Mohács, Pécs): Semi-
noma metastasis megjelenése a
gyomorfalban.

10. Niederland V., Poór F., Goda
M., Szekeres Gy. (Mosonmagyar-
óvár, Pécs): A béltraktus malignus
histiocytosisa.

S z ü n e t

Varia

Üléselnökök: Csapó G., Herr Gy.

1. Ablonczy P., Balogh J., (Szek-
szárd): Alkoholos májcirrhosis ve-
semanifesztációi és a hepatorenális
szindróma.

2. Deák G., Gecser G., Feledi É.
(Pécs): Krónikus pancreatitis miatt
pancreas műtéten átesett bete-
geink sorsa.

3. Mészáros I. (Sümeg): Adatok a
Zieve-syndroma klinikumához és
patológiájához.

4. Kompa F., Kovács M., Kele-
men K., Herr Gy., Szabó J., Farkas
E. (Nagyatád): Alkohol abusos sze-
repe az akut pancreatitis kialaku-
lásában

5. Pelyhe J., Herr Gy., Kompa F.,
Szabó J., Fodor L. (Nagyatád): 50
év alatti chronicus aethylizálókon
észlelt cardialis eltérések (cardio-
myopathia alc.?)

6. Palotai Z., Farkas E., Szabó
J., Herr Gy., Kelle L., Bóta É.
(Nagyatád): Alkoholos eredetű
masszív felső gastrointestinalis vér-
zések.

Június 2., csütörtök, 15.00 óra

„C” terem

Cardiológia

Üléselnökök: Ludvig K., Szon-
tágh Cs.

1. Kocsis Zs. (Szombathely): Vi-
tiumos betegek gondozása kapcsán
szerzett tapasztalatok.

2. Varga J. Sirje Kommusaar
(Tata): Kettős billentyűbetegség rit-
ka szövödménye (pulmonalis apo-
plaxia).

3. Hazafi K., Tóth Á., Kádas Zs.
(Pécs): Az individualis digoxin dó-
zis megállapítása időskorban.

4. Bóta L., Kelle L. (Nagyatád):
Krónikus szívelégtelenségben al-
kalmazott orális vasodilatátor keze-
lés tapasztalatai.

5. Csingár A., Józán M., Hegedüs
Gy., Lascsik L., Tarján J. (Szek-
szárd): A pitvarremegéssel és lebe-
géssel kapcsolatban szerzett tapasztala-
taink.

6. Horváth A., Kéki K., Tamás E., Berta M. (Kaposvár): Többszakasos mellkasi aorta dissectio különleges klinikai megjelenése.

7. Szontágh Cs., Dinnyés J., Osvali L. (Esztergom): Klinikai epidemiológiai tapasztalatok, terápiás gyakorlat elemzése, 1000 hypertoniával felvett beteg esetében.

8. Kelle L., Mester L., Bóta L., Pollich M. (Nagyatád): Hypertenzív krízis vasodilatator kezelésének tapasztalatai.

9. Apatini K., Kasszián K. (Csorna): A hypertoniás beteg kezelésének gondozásának problémái.

Szűnet

Varia

Üléselnökök: Csermely F., Süle T.

10. Csermely F., Sebestyén M., Kocsán K., Tóth E., Kiss J. (Nagykanizsa): Tapasztalataink NIDD típusú cukorbetegségeinkben Gilemal + Insulin terápiával.

11. Horváth A., Nemes T., Hiegl K. (Kaposvár): Glikozilált haemoglobin jelentősége a cukorbetegség gondozásában.

12. Oblidál Z., Andits T., Kránitz Zs. (Szombathely): Steroid kezelés által indukált hyperosmolaris non ketogen diabeteses koma májcirrhosisos betegben.

13. Ruzsa Cs., Olasz É., (Pécs): A diabetes mellitus kezelésének és gondozásának néhány aspektusa.

14. Wenczl M. (Szombathely): Diabeteses hólyagatónia sikeres kezelése DIBENYLIN-nek.

Június 3., péntek, 9.00 óra

Plenáris ülés

„A” terem

Rheumatológia

Üléselnökök: Bozsóky S., Keszthelyi B.

Bozsóky S. (Budapest): A rheumatológia időszerű kérdései. Referátum.

1. Magyar K. (Hévíz): Endocrinis anyagcserezavar okozta myopathiák.

2. Kapisinszky N., Böhrer Gy., Keszthelyi B. (Harkány): Béta 2-mikroglobulin szintek vizsgálata rheumatoid arthritises betegek serumában és synovialis folyadékában.

3. Insperger A., Várhelyi M., Keszthelyi B., Kellermayer M. (Veszprém, Harkány, Pécs): Szérum cink és réz arthritiben.

4. Bart M., Bálint G., Halász K., Sas G. (Budapest): Kombinált keringő anticoagulans okozta vérzésesség autoimmun-betegségben.

5. Temesvári P., Demburg J., Dalen-Denburg, S., Carbotte R., Bensen, W., Craig, G., Singal, D. P. (Budapest, Kanada): Lymphocytotoxinok és az SLE neuropsychiatriai manifestációi.

6. Marth S. (Harkány): Az arthritides psoriasis röntgenjelei.

7. Balogh I., S. Kocsán K., Békefi O., Kozáry N. (Nagykanizsa): Az arthritides urica diagnosztikai és terápiás lehetőségei anyagunk alapján.

Szűnet

Üléselnökök: Balogh I., Fenyőházi L.

8. Nagyhegyi Gy., Géher P., Gömör B., Luzsa Gy. (Budapest): Bechterew-kórban szenvedő betegek szívvelváltozásainak vizsgálata.

9. Poór Gy., Mituszova M. (ORFI, Budapest): A calcipenis osteopathiák differenciáldiagnosztikai problémái.

10. Dombay M. (ORFI, Budapest): Két súlyos rheumatoid neuropathias beteg esete EMG-vel követve.

11. Szűts I., Fekete I., Weisz M. (Budapest): Felnőttkori Still-betegség.

12. Sik M., Molnár É., Keszthelyi B. (Harkány): Ochronikus eseteink tanulságai.

13. Tantó Zs., Molnár L. (Harkány): Peroneus alagút-syndroma műtéti kezelésével elért eredményeink.

14. Fehér K., Lakatos Á. (Budapest): Gonorrhoea ritka szövődménye.

15. Sülle K., Zahumenszky Z., Pánczél P. (Budapest): Yersinia

enterocolica okozta reactiv arthritides.

Szűnet

Üléselnökök: Strecker O., Marth S.

16. Megyeri Á., Vigh J., Bély M., Ablonczy É. (Budapest): Acut polyarthritides, cutan vasculitides és myositis együttes előfordulása paraneoplasias syndromában.

17. Héjj G., Borbás É., Domján L., Bálint G. (Budapest): Tartós Levamisole terapia hatása Bechet-syndromában.

18. Falussy L., Spengler B., Gaál M., Sipos J. (Zalaegerszeg, Budapest): Autoimmun aortitis Bechet-syndromában.

19. Balogh I., Bergmann A., Göde Gy. (Hévíz): A diabeteses mellitus mozgásszervi vonatkozásai.

20. Barla Szabó S. (Harkány): Fizika- és reumatokutatás.

21. Gömör B., Bettéri I. (Budapest): Colitis ulcerosa spondylarthritides kísérő nekrotizáló erythema nodosum sikeres Decaris kezelése.

22. Nyesső J., Angyal Z. (Nagyatád): Redressio eredményeink értékelése két év múltán.

13.00 óra

Elnöki zárszó

A MAGYAR ARTERIOSCLEROSIS TÁRSASÁG

pályázatot

hirdet 35 év alatti fiatal kutatók (orvosok, fogorvosok, biokémikusok, kémikusok) számára.

A pályázat címe: Az arteriosclerosis befolyásolásának lehetőségei.

A pályadíj összege 10 000 forint.

A pályázat jelíges. A pályamunkán csak a jeligét kell feltüntetni, de mellékelendő egy boríték a jeligével, a borítékban a pályázó neve, munkahelye és lakáscíme szerepeljen.

Benyújtási határidő: 1984. június 30. Cím: Magyar Arteriosclerosis Társaság elnöksége, Budapest, Üllői út 93. II. Kórbonctani Intézet, 1091.

A Magyar Rehabilitációs Társaság tudományos pályázatot hirdet.

Témái:

1. Ortézisellátás lehetőségei a traumatológiában.

2. Társadalombiztosítás és a rehabilitáció kapcsolata (múlt, jelen, jövő).

3. A rehabilitáció gazdaságossága.

4. Fogyatékos gyermekek integrált iskolai oktatása.

A tudományos pályázaton részt vehet korhatártól és szakképzettségtől függetlenül minden olyan szakember, aki a fenti témák valamelyikével gyakorlatilag is foglalkozik. Eddig még nyomtatásban meg nem jelent munkákat lehet a pályázaton benyújtani, legalább 20, de legfeljebb 50 szabvány oldal terjedelemben.

A pályamunkákat 1984. július 1-ig kell benyújtani a Magyar Rehabilitációs Társasághoz. Fehér Miklós dr. főtítkárr, Budapest, Szanatórium u. 2. 1528 címre.

A pályázat jelíges. I. díj 10 000,— Ft, II. díj 6000,— Ft, III. díj 3000,— Ft.

A díjak átadása a Magyar Rehabilitációs Társaság VI. Kongresszusán (1984. október) történik.

Az Egészségügyi Minisztérium tájékoztatója az 1983. március havi fertőző megbetegedésekről

A járványügyi helyzet általános jellemzése

Az enterális fertőző betegségek közül a dysenteria és a hepatitis infectiosa bejelentések száma a februárban tapasztalt átmeneti csökkenést követően mérsékelten emelkedett. A salmonellosis előfordulása azonban a szokásostól eltérően január óta folyamatosan csökkent, a márciusi esetek száma mintegy fele a január havinak, és valamivel kisebb az 1977–1981. évi tárgyhavi mediánál is. A szummációs medián értékét azonban még így is meghaladja.

A bejelentendő légúti fertőző betegségek közül a rubeolamegbetegedések számában az előző év október óta észlelt emelkedés tovább folytatódott. A márciusi esetek száma csaknem kétszerese volt a januárinak és négyszerese az 1977–81. évi tárgyhavi mediánnak. A morbilli, scarlatina és a parotitis epidemica járványügyi helyzete lényegesen nem változott.

Kiemelésre érdemes járványügyi események

Influenza. Február elején helyi halmazódásokkal kezdődött, február utolsó hetében országossá vált, március első hetében tetőzött és április 5-én kezdődő héten ért véget az elmúlt 10 év egyik legsúlyosabb influenza-járványa. Az országossá válás időszakától eltelt 6 hét alatt 1 175 973 influenzamegbetegedés került bejelentésre, azaz a 100 lakosra számított megbetegedési arány országosan 11,0 volt. A lakosság megbetegedési arányában azonban az ország egyes területein jelentős eltérések voltak. Kiemelkedően magas volt Hajdú-Bihar (16,3%), Heves (15,5%) és Szolnok (14,9%) megyében, míg az átlagnál jóval alacsonyabb Vas (4,5%) és Veszprém (6,9%) megyében. Budapest lakosságát a járvány az átlagosnál kissé alacsonyabb mértékben érintette (9,3%).

A rendelkezésre álló adatok szerint a betegek életkor szerinti megoszlása a következő volt. A betegek 2,1%-a az 1 évesnél fiatalabbak; 34,7%-a az 1–14 évesek; 16,3%-a a 15–24 évesek; 18,2%-a a 25–34 évesek; 20,6%-a a 35–39 évesek; 8,1%-a a 60 évesnél idősebbek közé tartozott.

A betegek 4,5%-ánál észlelték szövődmény kialakulását. Szövődményként 52,4%-ban bronchitis, 21,0%-ban

pneumonia, 7,6%-ban sinusitis, 7,3%-ban otitis, 6,7%-ban enteritis és 5%-ban egyéb kórkép alakult ki.

A betegek 33,5%-a került táppénzes állományba és 0,4%-a szorult kórházi kezelésre. A letalitás az előzetes adatok szerint 0,03% volt. A halálos kimenetelű megbetegedések többsége a 60 éven felüliek között fordult elő.

A járvány fő kórokozója az influenza A vírus H3N2 altípusának több variánsa volt. Budapesten és környékén főleg a gyermeklakosság körében szerepet játszott az influenza B vírus is.

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon
1983. március*

Betegség	Március 1983.	1982.	Me- dián 1977– 1981.	Január 1.–Március 31. 1983.	1982.	Medián 1977–81
Typhus abdominalis	—	—	2	1	1	4
Paratyphus	—	—	—	—	—	—
Salmonellosis	307	498	339	1 244	1 191	806
Dysenteria	281	362	359	825	823	1 057
Dyspepsia coli	20	41	62	89	127	130
Hepatitis inf.	367	318	539	1 050	1 085	1 873
Poliomyelitis	—	—	—	—	—	—
Diphtheria	—	—	—	—	—	1
Scarlatina	1713	1846	1493	5 471	4 039	4 342
Morbilli	34	611	28	106	1 135	83
Rubeola	3810	2601	928	8 562	5 525	2 131
Parotitis epid.	4144	5649	5708	12 748	13 357	13 947
Pertussis	1	4	3	4	8	6
Meningitis epid.	6	6	7	21	24	25
Meningitis serosa	26	25	33	71	79	88
Encephalitis inf.	22	14	10	44	37	43
Mononuc. inf.	58	84	57	208	190	154
Keratoconj. epid.	—	4	2	5	8	4
Malaria	1*	—	—	2*	—	1*
Typhus exanth.	—	—	—	—	—	—
Staphylococcus	16	13	20	63	26	64
Tetanus	3	5	2	6	8	5
Anthrax	—	—	—	—	—	—
Brucellosis	—	1	4	1	5	8
Leptospirosis	1	1	3	1	13	9
Tularemia	2	1	2	4	11	4
Ornithosis	—	—	—	—	—	1
Q-láz	—	1	—	—	1	—
Lyssa	—	—	—	—	—	—
Taeniasis	5	3	4	22	13	14
Toxoplasmosis	11	7	4	40	19	16
Trichinellosis	—	7	—	—	7	—
Lyssa fertőzésre gyanús sérülés	178	227	183	481	594	412

* Előzetes, részben tisztított adatok
* Importált esetek.

Lapzárta: az aktuális szám megjelenése előtt legalább 20 nap

Terjedelmesebb programok esetén 30 nap

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 17 000 példányban

A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató

Telefon: 116-660

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,
a Posta hírlapüzletében és a Posta Központi Hírlap Irodánál
(Budapest V., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)

közvetlenül vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKHI MNB 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámára.

Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-53

Előfizetési díj egy évre 600,— Ft, negyedévre 150,— Ft, egyes szám ára 12,— Ft



83.1357 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnymás — Felelős vezető: Szlávics András vezérigazgató

ISSN 0030-6002 • INDEX: 25 674

PYASSAN

kapszula

Antibiotica contra
Gram + microbia
Antibiotica contra
Gram - microbia



CHINOIN - BUDAPEST

A Pyassan kapszula széles hatásspektrumú baktericid hatású félszintetikus antibiotikum. Hatóanyaga a Cephalosporium acremonium gomba által termelt cefalosporin C származéka. Kismértékben kötődik a plazmafehérjékhez és magas antibakteriális szintet biztosít a vérben. Kevésbé toxikus. Az alábbi kórokozók ellen hatásos in vitro: Streptococcusok (β -haemolizáló stb.), Staphylococcusok (koaguláz-pozitív, koaguláz-negatív és penicillináz-termelő törzsek), Diplococcus pneumoniae, Neisseria gonorrhoeae, Haemophilus influenzae, Escherichia coli és egyéb coliform baktériumok, Klebsiella, Aerobacter csop., Proteus mirabilis, Salmonellák.

ÖSSZETÉTEL

Kapszulánként 250 mg cefalexinum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

Légúti fertőzések: Sinusitis, otitis media, angina follicularis, streptococcus-angina, bronchitis, pneumonia. **Húgyúti fertőzések:** Akut és krónikus pyelonephritis, urethritis, cystitis, prostatitis, asymptotikus bakteriuria. **Lágyrész- és bőrfertőzések:** Furunculosis, tályogok, traumatikus és műtét utáni sebfertőzések, phlegmone. Alkalmazható továbbá érzékenységi vizsgálat után A-csoportba tartozó Streptococcus-törzsek (penicillinrezisztens S. törzsek is), valamint H. influenzae, E. coli és Klebsiella által okozott egyéb fertőzések esetén is. A Pseudomonas aeruginosa a készítménnyel szemben rezisztens.

ELLENJAVALLATOK

Cefalosporin antibiotikumok iránti túlérzékenység.

ADAGOLÁS

Felnőttek átlagos adagja húgyúti fertőzésben 6 óránként 1 kapszula, egyéb vagy súlyosabb esetekben 4x2-4 kap-

szula naponta. Gyermekek szokásos napi adagja 25-50 mg/testsúlykg, négy részletben. Csak nagyobb gyermekeknek ajánlott adása, akiknek az egyszeri adag legalább 1 kapszula. A kezelés időtartama általában 6-14 nap.

MELLÉKHATÁSOK

Túlérzékenységi tünetek, mint urticaria, maculopapulás vagy erythemás bőrkiütések, viszketés, eosinophilia; a szérum-transzamináz értékek kismértékű emelkedése; továbbá hasmenés, hányinger, hányás, hasi fájdalom, emésztési zavar, mely tünetek általában nem teszik szükségessé a kezelés megszakítását.

FIGYELMEZTETÉS

Csak állandó orvosi ellenőrzés mellett alkalmazható. A vérkép, májfunkció és vesefunkció ellenőrzése ajánlatos. Penicillin-allergia esetén, a penicillin-cefalosporin kereszt-allergia lehetősége miatt óvatosan (megfigyelés mellett, bőrpróba után) kell alkalmazni. Elégtelen veseműködés esetén óvatosan, állandó megfigyelés és laboratóriumi ellenőrzés mellett adható és az adagokat megfelelően csökkenteni kell. Tartós alkalmazása rezisztens mikroorganizmusok elszaporodását eredményezheti. A kezelés alatt pozitív Coombs vizsgálati eredmény előfordulhat, továbbá a glükóz kimutatása a vizeletből - Fehling vagy Benedict oldat, ill. rézszulfát tabletták alkalmazása esetén - álpozitív reakciót adhat.

CSOMAGOLÁS

12 db á. mg kapszula
24 db kapszula

Tértítés: 16,10 Ft
Tértítés: 32,20 Ft

MEGJEGYZÉS

✱✱ Csak vényre adható ki egyszeri alkalommal.

E
GY
TE
GY
TE
GY
TE
GY
T

BETALOC®

tabletta

antihypertensivum
antiarrhythmicum

A Betaloc elsősorban az adrenerg béta-receptorokon ható kardiószelektív béta-blokkelő készítmény. Béta-receptor stimuláló (intrinsic sympatomimetikus) aktivitással nem rendelkezik. A magas vérnyomást mind álló-, mind fekvőhelyzetben kifejezetten csökkenti. Ortosztatikus hipotenziót nem okoz és az elektrolit háztartást nem befolyásolja. Angina pectorisban csökkenti a rohamok számát és növeli a fizikai teljesítményt. A Betaloc adható indokolt esetben asztmás betegeknek is. A légúti ellenállás értéke ritkán növekszik alkalmazása után. Ez a növekedés azonban — ha előfordul — ellensúlyozható béta, stimuláns adagolásával.

HATOANYAG: tablettánként 100 mg metoprolol tartarát.

JAVALLATOK: Hipertónia enyhe és közepes súlyos esetekben magában, súlyos esetekben diuretikumokkal és egyéb antihipertenzívumokkal kombinálva. Angina pectoris. Szívritmuszavarok: sinus tachycardia, paroxysmusos supraventriculáris tachycardia, irreguláris tachycardia, esszenciális keringési hiperkinezis.

ELLENJAVALLATOK: II. és III. fokú A. V.-blokk; szívelégtelenség; kardiogén shock; bradycardia (60/min. szívfrekvencia érték alatt).

ADAGOLÁS: Egyéni beállítást igényel.

Hipertónia: naponta 100–200 mg (1–2 tabl.), reggel egy adagban vagy elosztva: reggel és este. Egyes esetekben szükséges lehet a fenti adag növelése, vagy egyéb hipotenzív szerrel való kombinálása.

Angina pectoris: naponta 100–200 mg (1–2 tabl.) elosztva reggel és este; súlyos esetben ez az adag növelhető napi 300–400 mg-ig (3–4 tabl.).

Ritmuszavar: naponta 100 mg (1 tabl.) elosztva: reggel és este, ha szükséges a napi adag 200–300 mg-ig (2–3 tabl.) emelhető.

MELLEKHATÁSOK: Általában enyhék és ritkán jelentkeznek. Ezek a hatások sok esetben átmenetiek, vagy a dózis csökkentésével megszűnnek.

Leggyakoribb mellékhatás: fáradtság, gasztrointesztinális tünetek, alvászavar, bradycardia. Ritkán nem specifikus bőrreakció, vagy a végtagokban hidegérzés jelentkezhet.

Túladagolás kezelése: A túladagolás kifejezett hipotenziót és bradycardiát okoz. Ilyen esetben 1–2 mg atropin iv. adása szükséges. Ha ezután sincs megfelelő javulás, vérnyomás-emelő szereket, pl.: noradrenalin, dopamint (dobutamint) lehet adni.

GYÓGYSZER-KÜLCÖNHATÁS: Kerülendő együtt adásuk; kalcium antagonistákkal (egymás hatását kiegészíthetik, vagy erősíthetik).

FIGYELMEZTETÉS: A kezelést fokozatosan kell befejezni. A terápia hirtelen megszakítása — különösen ischaemiás szívbetegség esetében — a beteg állapotát akutan rosszabbíthatja. Műtét esetén a Betaloc kezelést az anaesthesia előtt legalább 48 órával meg kell szüntetni.

Asztmás betegek kezelésekor béta, stimuláns együtt adása válhat szükségessé.

A Betaloc nem adható szívelégtelenségben, kivéve ha azt a frekvencia növekedése idézte elő. Egyébként a beteget előzetesen kompenzáljuk digitálissal, diuretikummal és vazodilatátorral. (A digitális által kiváltott szívkontraktilitás növekedést nem befolyásolja.) Inzulin dependens diabetes mellitusban szenvedő betegek kezelésekor — más béta-blokkolókhöz hasonlóan — fokozott elővigyázatosság szükséges.

MEGJEGYZÉS: * Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS: 20 tableta 15,50 Ft.

ASTRA Pharmaceuticals AB. Svédország licence alapján gyártja és forgalomba hozza: EGYT Gyógyszervegyészeti Gyár — Budapest.

A Betaloc® védjegy az ASTRA tulajdona.

Egyt

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

E
GY
TE
GY
TE
GY
TE
GY
T



AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS
FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

124. ÉVFOLYAM 22. SZÁM 1293—1352 OLDAL

BUDAPEST, 1983. MÁJUS 29.

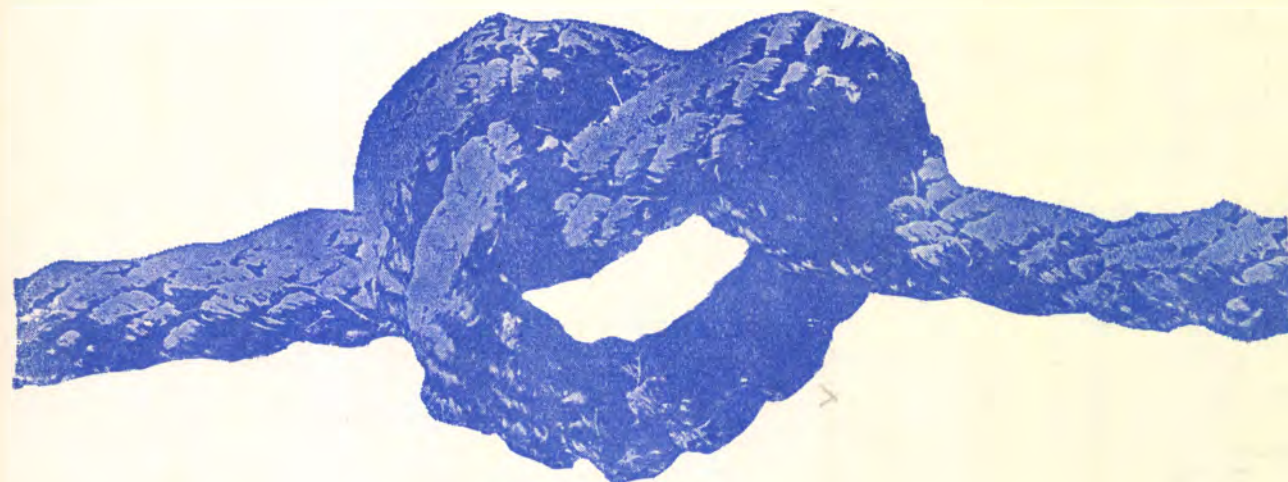
ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 600,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 12,— FT

NO-SPA

Injekció és tabletta

Fokozott hatású, mellékhatásmentes görcsoldó szer



CHINOÏN-BUDAPEST

A szintetikus úton előállított No-Spa injekció és tabletta a különböző simaizomzatú szervek görcsét, tekintet nélkül azok működésére és beidegzésére, már kis adagokban megszünteti, illetve kifejlődésüket megakadályozza. Görcsgátló hatása erősebb és kevésbé mérgező, mint az ugyancsak simaizmokra ható papaverin vagy perparin. Ez a hatás időben is jóval tovább tart, igen jól felszívódik. Előnyös tulajdonságai elsősorban az epe és urogenitális rendszer, valamint a gyomor-bélhuzam megbetegedéseiben mutatkoznak.

ÖSSZETÉTEL: Ampullánként (2 ml) és tablettánként 0,04 g drotaverinum hydrochloricum hatóanyagot tartalmaz.

AVALLATOK: A simaizomzat görcse által okozott működési zavarok és fájdalmak megszüntetése, illetve azok megelőzése. Epe- és vesekőképződés, cholecystopathiával kapcsolatos görcsök, cholelithiasis, cholecystitis, nephrolithiasis, pyelitis, cystitis, továbbá a műszerez vizsgálati eljárásokkal kapcsolatos simaizomgörcsök stb. A gyomor-bélhuzam görcsös állapotai: ulcus ventriculi és duodeni, cardia- és pylorus

spasmus, obstipatio spastica, colitis, proctitis, tenesmus. Hypertóniások akut vérnyomás ingadozásai a szokásos egyéb vérnyomáscsökkentőkkel együtt adagolva, angina pectoris, coronariagörcs, továbbá dysmenorrhoea, a terhes méh ingerlékenységének csökkentése, szülés alatti méhszájgörcs, elhúzódó táguulás, utófájások, fenyegető vetélés stb., valamint műtét utáni szélkólika esetében.

ADAGOLÁS: Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3-szor 1–2 tabletta, illetve naponta 1–3-szor 2–1 ml subcután, intramusculárisan, vagy heveny kórohamok megszüntetésére 2–4 ml szokásos módon lassan intravénásan befecskendezve. Peripheriás érzéketlenség esetén intraarteriásan is adható.

Gyermekek az életkornak és testsúlynak megfelelően arányosan kisebb adagot kapnak. Kisgyermeknek naponta 1–2-szer $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$, nagyobb gyermekeknek $\frac{1}{2}$ –1 tabletta. Fekélybetegeknek célszerű atropinnal, vagy atropin hatású gyógyszerekkel együttesen adagolni.

CSOMAGOLÁS: 20 db és 100 db á 0,04 g tabletta, 5×2 ml és 50×2 ml á 0,04 g ampulla.

ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS

1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:

ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BRAUN PÁL DR.
ECKHARDT SÁNDOR DR.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
OZSVÁTH KÁROLY DR.
PETRI GÁBOR DR.
PETRÁNYI GYULA DR.
RÁK KÁLMÁN DR.

*

Felelős szerkesztő:

TRENCSENI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

PAPP MIKLÓS DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
BTAGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.
BUDA BÉLA DR.
HONTI JÓZSEF DR.
VÉRTES LÁSZLÓ DR.
HIDVÉGI JENŐ

*

124. ÉVFOLYAM

*

22. SZÁM

*

1983. MÁJUS 29.

TARTALOMJEGYZÉK

Burger Tibor dr.:

Dr. Hámori Artur (1909—1983) 1295

Czeizel Endre dr.:

A terhességmegszakítások orvosi javallat
alapján történő engedélyezéseinek
az elemzése 1297

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Sas Mihály dr., Pásztor Emil dr.,
Godó György dr., Piffkó Pál dr.
és Kemény András dr.:

A hypophysis prolactin-termelő
mikroadenomái 1303

EPIDEMIOLÓGIAI TANULMÁNYOK

Németh Tibor dr., Nyárády Iván dr.
és Vadász Imre dr.:

A gümőkór epidemiológiai helyzete
a világban és hazánkban (1882—1982) 1309

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Székely Judit dr., Bihari-Varga Magdolna dr.
és Gruber Éva:

Nagy sűrűségű lipoproteidek szintje
arteriosclerosis obliteransban 1315

A SZERVEZÉS KÉRDÉSEI

Szabó Elemér dr., Szabó Gyula dr.
és Simon György dr.:

A 0—18 évesek audiológiai szűrővizsgálata 1317

KAZUISZTIKA

Radó János dr. és Pató Éva dr.:

Schwartz—Bartter-syndroma hosszú
DDAVP kezelés után diabetes insipidusos
betegben 1323

HORUS

Emlékezés ifjú Bókay Jánosra 1327

Bókay János junior a tanítvány szemével ... 1329

Bókay János junior, a Magyar Gyermekeorvos
Társaság alapítója 1334

Folyóiratreferátumok 1335

Levelek a szerkesztőhöz 1347

Hírek 1351

Pályázati hirdetések 1352

AUROBIN KENŐCS

ÖSSZETÉTEL

40 mg prednisolonum caproicum, 400 mg lidocainum hydrochloricum, 400 mg dexpanthenolum és 20 mg triclosanum 20 g lemosható kenőcsben.

HATÁS

Az AUROBIN megfelelő arányban tartalmazza a perianalis tájék gyulladásával járó folyamatok kezelésében hatékony anyagokat. A prednizolon kaproat helyi hatású, nem halogénezett glukokortikoid. Csökkenti az erek permeabilitását, növeli az erek falának tónusát, csökkenti a gyulladás tüneteit.

A lidocain rövid idő alatt megszünteti a fájdalmat és égő érzést. A pantenol elősegíti a sérült hám regenerálódását. A triclosan széles hatásspektrumú antiszeptikum.

JAVALLATOK

A perianalis tájék gyulladásával járó folyamatok, így pl.: pruritus ani, ekzema et dermatitis perianalis, nodi haemorrhoidalis, fissura ani.

ELLENJAVALLATOK

Vírusinfekció, valamely komponenssel szembeni érzékenység. Egyéb indikáció alapján egyidejű szisztémás lidokain-kezelés.

ALKALMAZÁS

Az érintett területet naponta 2–4 alkalommal kell vékonyan bekenni.

Belső haemorrhoidális nodus esetén borsónyi mennyiséget kell a végbélbe juttatni naponta 2–4 alkalommal.

A tünetek mérséklődésekor ritkább alkalmazás is elegendő.

MELLÉKHATÁS

Tartós használata esetén bőratrophiát, striákat, hypertrichozist okozhat. Belső haemorrhoidális nodus kezelésekor túlادagolás esetén enyhe bradycardia jelentkezhet.

FIGYELMEZTETÉS

Kiterjedt gyulladás esetén számolni kell a hatóanyagok esetleges felszívódásával, ezért a teresség első harmadában nem alkalmazható, későbbiekben pedig fokozott óvatosság szükséges.

Szteroid tartalma miatt hosszantartó és folyamatos alkalmazása kerülendő.

Amennyiben a gyulladás fenntartásában gomba szerepe bizonyított, gondoskodni kell az egyidejű specifikus antimikotikus kezelésről.

MEGJEGYZÉS

✱ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS

20 g-os tubusban.

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST



1983. március 22-én meghalt Dr. Hámori Artur, a Pécsi Orvostudományi Egyetem nyugalmazott egyetemi tanára, a II. sz. Belklinika volt igazgatója.

Újvidéken született 1909. március 18-án. Középiskolai tanulmányait Szegeden végezte és 1935-ben avatták orvosdoktorrá. Életének első nagyobb célját, mint korán árvaságra jutott diák, nagyobb anyagi gondok és nyomorúság közepette érte el, segítve ugyanakkor özvegy édesanyját, alkalmi munkát vállalva. A kitűnő középiskolai és egyetemi tanulmányok után orvosi pályáját a szegedi Anatómiai Intézetben kezdte el, ahol még orvostanhallgató korában, két alkalommal, felemelt díjjal jutalmazták munkáját. 1933-ban került az akkor Rusnyák István vezette Belgyógyászati Klinikára és a később, a Magyar Tudományos Akadémia elnökévé vált tudós volt első mestere is. A klinikai kísérletes munkában való elmélyedését szolgálta a Pécsi Orvostudományi Egyetemen, Mansfeld professzor mellett eltöltött idő és a Bécsben Eppinger professzor klinikáján történt tanulmányút is. Talán ez utóbbi tanulmányút kötelezte el őt a gastroenterológia és nephrológia iránt. 1943-ban nyújtotta be magántanári értekezését „Vesebajok kórtana és gyógyítása” címmel.

1945-ben adjunktussá nevezték ki, majd két évvel később az Egyetemi Kar Tanácsa megbízta a

„Belgyógyászati diagnosztika” előadásával. Intézeti tanári kinevezése 1950-ben történt, de még ebben az évben felkérték a Pécsi Orvostudományi Egyetem II. sz. Belklinikájának megszervezésére. Ugyanitt, 1951-ben egyetemi tanárrá nevezték ki.

Tudományos érdemeinek elismeréseként 1952-ben az „orvostudományok kandidátusa” tudományos fokozatot kapta. 1953–56. években az egyetem klinikai rektorhelyettese volt és segítette a gyógyítás feladatait.

A közel kétszáz éves Irgalmasrendi kórházból ágylétszámában is nagyobb, magas szintű gyógyító tevékenységet folytató egyetemi klinikát szervezett és ezt igazgatóként vezette 1979-ben bekövetkezett nyugdíjazásáig. Tudományos érdeklődése az allergiás vesebetegségek klinikopathológiája és kezelése, a pepticus fekély keletkezésének problémája és a következményként fellépő intestinális vérzés aktív diagnosztikával történő felderítése, gyógyítása felé fordul, amiben számos tanítványa követte. Nemzetközi méltánylást nyert a vesebetegek gondozásában általa javasolt módszer. Tudományos eredményeit 170 közlemény tartalmazza és az abból származó tanulságokat több könyvfejezet képviseli. Ezt a jelentős tudományos tevékenységet szakmai közéleti elismerése is jelzi, mert mint a Magyar Belgyógyász Társaság alelnöke, a Magyar Belgyógyász Társaság Dunántúli Szekciójának elnöke és több más tudományos társaság vezetőségi tagja, aktív szereplője volt a magyar tudományos életnek. A Magyar Immunológiai Társaság létének kezdeményezőjeként azt mindvégig lelkesen irányította. A hasonló szakmai célkitűzésű külföldi társaságokkal élénk kapcsolatot tartott.

Egy gazdag és sikeres élet szemtanújaként elmondható, hogy nem követte a hazánkban általában elfogadott német–porosz klinikai vezetés stílusát és a túlszabályozottság béklyóit elvetve, inkább a helyzethez, feladatokhoz alkalmazkodó munkamódot kedvelte. Nagyon fontos volt számára az első benyomás a betegről. Döntésében azonban kész volt ennek revíziójára. Szerette és értette a művészeteket és az orvoslást is művészetnek tekintette, amit a tudomány alkotott.

Egyetemi oktatási feladata: a belgyógyászati propedeutika előadása és erről kitűnő jegyzetben maradtak fenn tanításai. Maradandó emlék előadásmódja, a sajátos szóhasználatokkal hangsúlyozott jelenségeírások. Mindez jellemzője színes egyéniségének, felejthetetlen benyomásokat keltő szellemének. Emberi magatartását a humánus határozta meg, tettekben akkor is, amikor ordas eszmék uralkodtak az országban.

Sok barátja és tisztelője volt, hálás betegeinek tömege mellett. Mint tanszéki utódjának, könnyűvé tette munkájának folytatását és lehetőség szerinti továbbfejlesztését.

Tanítványai, tanártársai híven megőrzik emlékét. Közel harminc évig szolgálta egyetemünk hírnevét.

Antivaricosica

VENORUTON[®]

GÉL

külsőleges használatra

ÖSSZETÉTEL

anyagot tartalmaz.

1 tubus (40 g) 0,8 g 0-(β -hydroxyaethyl)-rutosidea ható-

JAVALLATOK

Akut trombophlebitis, varicophlebitis esetén localis fájdalom csökkentése;

lobmentes, ún. „fájdalmas, meleg vénák” kezelése;

lágyszövet-sérülések (contusio, distorsio stb.) esetén a feszülés, ödéma csökkentése;

egyéb steril lobos állapotok (gyulladt bőrtünetek, lúdtalp stb.);

különböző mikrocirkulációs keringési zavarok (pl. fagyda-
ganat).

ELLENJAVALLATOK

Jelenleg nem ismeretesek.

ALKALMAZÁS

Reggel és este a kezelendő felületre felkenjük, egyenletes, enyhe masszírozással a bőrbe dörzsöljük. Szükség esetén borogatást (este) vagy kompressziós kötést (reggel) helyezünk fel.

MEGJEGYZÉS

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

CSOMAGOLÁS

40 g-os tubus, térítési díja: 4,60 Ft.

előállítja: **BIOGAL GYÓGYSZERGYÁR, DEBRECEN**
ZYMA AG licencia alapján



A terhességmegszakítások orvosi javallat alapján történő engedélyezéseinek az elemzése

Országos Közegészségügyi Intézet, Humán-genetikai Laboratórium

1979-ben és 1980-ban orvosi javallat alapján végezték az összes terhességmegszakítás 15,9%-át, ez szignifikáns emelkedést jelent a korábbi évekhez képest. A szerző 16 415 orvosi javallat alapján végzett művi abortuszt elemez. Az orvosi javallat alapjául szolgáló útmutató az anyai indokokat szakszerűen foglalja össze, a gyakorlatban azonban előírásaira ritkán vannak tekintettel. A teratológiai és genetikai javallatok mind az Útmutatóban, mind a gyakorlatban szakszerűtlenek. Az orvosi javallatok mintegy 40%-a indokolatlan és emiatt évente 4600 terhességet szakítanak meg. Ezek jelentős része pedig tervezett fogamzás eredménye volt. Feltétlenül szükséges a művi abortuszok orvosi javallatának felülvizsgálata és fokozott ellenőrzése.

Analysis of medical indications for induced abortions. In 1979 and 1980 15,9% of the total induced abortions was performed on the basis of medical indications. This number increased significantly as compared to that of the previous years. The author analyses 16 415 induced abortions performed upon medical indications. The advisory booklet serving as basis for medical indications summarizes professionally the maternal causes, however in the practice its rules are seldom considered. The teratological and genetic indications are both unprofessional in the advisory booklet and in the practice as well. Yearly approx. 40% of the medical indications is unjustified. They result in 4600 artificial abortions of which a significant number of pregnancies was due to planned conception. The revision and increased control of medical indications for artificial abortions is absolutely required.

Genetikai Tanácsadónkat 1973—1981 között 546 elkeseredett terhes kereste fel — a kívánt fogamzást követően — magzati ártalom gyanúja miatt. A magzatot érő külső, ún. teratogén hatások veszélyére általában szakemberek (elsősorban a terhesgondozók vagy a röntgenosztályok orvosai, valamint a körzeti orvosok) figyelmeztették őket. Ritkábban a tudományos ismeretterjesztés és a gyógyszererekhez mellékelt tájékoztatók („terhesség alatt nem szedhető”) alapján merült fel a terheseiben az aggodalom. A magzat feltételezett veszélyeztetettsége miatt a terhesség megszakítását szükségesnek hitték. A jelentkezők többségében a félelem azonban megalapozatlan volt és ezt a kihordott terhességek utánvizsgálata is igazolta (5).

Az 1974-ben életbe léptetett új népesedéspolitikai határozatot (7) követően az orvosi javallatok miatt végzett művi vetélések száma (egy év kivételével) meghaladta a tízezret és aránya (átlagosan 12,7%) jelentőssé vált (1. tábl.). Ez különösen 1979-re és 1980-ra érvényes, amikor összevont értékük 15,9%. Ennek hátterében sok tényező állhat. Mindenekelőtt a szociális indikációk megszigorítása, a művi vetelésért fizetett összeg emelése, az orvosi javallatok gondosabb mérlegelése (részben a genetikai tanácsadó hálózat működésének megindulása miatt), a nem kívánt terhességek megszakításának illegális segítése stb. Arra is gondolni kell, hogy a művi vetelésért folyamodók között az orvosi javallatok abszolút száma az 1957—1973 közötti időszakban is 7—8 ezer körül volt. (Ettől csak

1957 és 1958 magasabb, 1970—1972 alacsonyabb értékei térnek el.) Az egészségügyi miniszter 4/1973. Eü. M. számú rendelete a terhességmegszakítás iránti kérelem elbírálásáról (8) jelentősen csökkentette a művi vetélések abszolút számát és így az or-

1. táblázat. A művi vetélések száma és ezen belül az orvosi javallat alapján engedélyezett terhességmegszakítások száma és százalékos aránya

Év	Művi vetélések száma	Orvosi javallat alapján végzett művi vetélések	
		száma	%-a
1957	123 383	10 653	8,6
1958	135 927	9 651	7,1
1959	143 716	8 688	6,0
1960	162 160	8 447	5,2
1961	169 992	8 270	4,9
1962	163 656	8 519	5,2
1963	173 835	7 858	4,5
1964	184 367	7 861	4,3
1965	180 269	7 192	4,0
1966	186 773	7 479	4,0
1967	187 527	7 203	3,8
1968	201 096	7 429	3,7
1969	206 817	7 028	3,4
1970	192 283	5 692	3,0
1971	187 425	5 400	2,9
1972	178 035	4 315	2,4
1973	169 650	3 984	2,3
1974	102 022	11 865	11,6
1975	96 212	10 234	10,6
1976	94 720	9 737	10,3
1977	89 096	10 266	11,5
1978	83 545	10 660	12,8
1979	80 767	13 111	16,2
1980	80 882	12 630	15,6

Javallat megnevezése	Előírásoknak			Összesen
	Megfelel	Nem felel meg	Nem tisztázható	
1. Minden rosszindulatú daganat	23	115	124	262
2. Szív- és keringési megbetegedések	436	21	332	789
3. Tüdőmegbetegedések	83	101	164	348
4. Vese megbetegedések	42	62	367	471
5. Terhességi vészes hányás nem befolyásolható esete	34	—	—	34
6. Egyéb terhességgel és szüléssel összefüggő betegségek, állapotok	6710	429	57	7196
7. Májbetegségek	76	185	24	285
8. Hasnyálmirigy, heveny és idült megbetegedések	13	—	—	13
9. Cukorbetegség	—	—	75	75
10. Egyéb endocrin betegségek	8	2	192	202
11. Fehérvérűség heveny és idült formái	—	—	—	0
12. Vészes vérszegénység	1	30	21	52
13. Véralvadás súlyos zavarai	6	—	172	178
14. Polycythaemia előrehaladott esete	—	—	—	0
15. Csont- és ízületi megbetegedések	15	81	204	300
16. Bőrbetegségek	—	14	4	18
17. Autoimmun-betegségek	15	36	22	73
18. Szemészeti megbetegedések	15	2	86	103
19. Elme- és idegkórtani megbetegedések	489	46	764	1299
20. Terhesség alatt a kismencedére adott terápiás sugárkezelés	10	328	11	349
21. Genetikai javallatok:				
a) Fertőző betegségek	64	1730	—	1794
b) Gyógyszerek-vegyszerek	24	602	183	809
c) Családban öröklődő ártalom	119	220	80	419
d) Egyéb öröklődéses tényezők	—	2	3	5
22. Minden egyéb	—	180	—	180
Kombinált javallatok	196	—	398	594
Meg nem nevezett egészségügyi javallat, illetve a bejegyzés: „beteg” vagy „orvosi indok”	—	—	246	246
Indokolás nélkül	—	133	—	133
Olvashatatlan diagnózis	—	—	188	188
Teljes anyag	8379	4319	3717	16 415

vosi javallatok aránya eleve feldúsulhatott. A többet tehát csak 3400 eset. Mégis, ez szignifikáns növekedést ($t_{23} = 2,45$; $p = 0,02$) jelent.

Az említett két jelenség, vagyis a genetikai tanácsadás során a művi vetélések gyakorta észlelt megalapozatlan orvosi javallata és a terhességmegszakítások orvosi indok alapján történő engedélyezésének jelentős emelkedése miatt vizsgáltuk meg a művi vetélések orvosi javallatának megoszlását és indokoltságát.

Vizsgálati anyag

A Központi Statisztikai Hivatal jóvoltából, személy szerint Klinger András főosztályvezető segítségével, az 1978. és 1979. évekből származó 16 415 orvosi javallat miatt kiadott „Terhességmegszakítás elbírálási lap”-ot dolgoztuk fel. Ez a két év teljes anyagának 69,1-át jelenti. Kiválasztásuk véletlenszerűen történt. (Csak ennek a két évnek a dokumentációja hozzáférhető.) Négy adatot irtunk ki: az orvosi javallat megnevezését, a javallatot felállító orvos szakképzését, a TEMEB (Terhességmegszakítást Engedélyező Bizottság) helyét (házánk 20 közigazgatási egysége szerint) és az asszony életkorát.

Adatok és megbeszélésük

Az „Útmutató a terhességmegszakítás orvosi javallat alapján történő engedélyezéséhez” (10) szolgált az orvosi indikációk elemzésének alapjául (2. tábl.)

Az Útmutató első 19 pontja lényegében az anyai (ún. maternális) indikációkat tartalmazza, gondosan és szakszerűen. Problémát csupán azt jelent, hogy a lista alapjául jól érezhetően a szakemberek klinikai tapasztalata és nem a művi vetélések iránti konkrét igények szolgáltak. Egyfelől erre utal, hogy az összes kigyűjtött anyai javallatnak csak 53,9%-a szerepel az Útmutatóban. Ha azonban az intrauterin fogamzásgátló eszköz mellett bekövetkező terhességek megszakításának orvosi javallatát (6418 eset!) is ideszámítjuk, akkor ez az arány 79,2%-ra emelkedik. (Az egészségügyi miniszter 33/1973 Eü. M. számú utasítása (9) 2. paragrafus (1) szerint „Egészségügyi okból megszakítható a terhessége annak a nőnek, akinek terhessége méhen belüli fogamzásgátló eszköz alkalmazásának időtartama alatt jön létre.”) Másfelől számos pont (pl. a 11. és 14.) és alpont elő sem fordult. Elvi és gyakorlati jelentősége miatt három kérdést emelek ki. Egyrészt az Útmutató pontjainak pontos és részletekbe menő megfogalmazásával nyilvánvalóan az egyértelmű és egyöntetű orvosi indikálást szerették volna elérni. Erre azonban a javallat felállításakor, vagy legalábbis ezek bejegyzésekor, csak nagyon ritkán voltak tekintettel. Csupán néhány példát említek. Az első pont minden rosszindulatú daganatra vonatkozik. A javallatokból azonban általában nem tűnik ki a daganat rossz- vagy jóindulatúsága. Sőt, a jelzett diagnózisok

3. táblázat. A feltételezett teratogén fertőző kórokok megoszlása

„A terhesség első harmadában fellépő, bizonyítottan olyan fertőző megbetegedések, amelyek torzképződést hozhatnak létre”

I. Rubeola megbetegedés (fertőzés = expositio)	1658
II. Varicella	15
III. Fetopathogen kórokozók: toxoplasma (1), cytomegalovirus (0), syphilis (2), herpes genitalis (0)	3
IV. Egyéb: influenza (45), mumps (10), herpes labialis (3), herpes zoster (2), mononucleosis (2), brucellosis (2), gonorrhoea (1)	65
V. Oltás: veszettség (1), tetanus (1), megnevezés nélkül (3)	5
VI. Meg nem nevezett betegség-fertőzés	48
Együtt	1794

alapján bizonyosra vehető, hogy többségük jóindulatú vagy praecancerosus állapot (pl. mastopathia, erosio vagy laceratio portionis). Különben nem világos, hogy a fehérvérűség heveny és idült formái miért szerepelnek külön pontként és miért nem az 1. pont részei. A magas vérnyomásnál, a cukorbetegségnél, a tüdőmegbetegedéseknél az előírt súlyossági fok jelzése szinte mindig hiányzik. A 19. pontban szereplő utasítás ellenére, az elme- és idegkórtani megbetegedéseknél a szakorvosi véleményt — néhány kivételtől eltekintve — nem jelezték vagy mellékeltek. Másrészt az Útmutatóban nem szereplő, de a gyakorlatban gyakran felállított javallatok jelentős része nem tekinthető valós anyai indikációnak. Csak néhányat ragadok ki: tachycardia, bronchitis, pneumonia, vesekő, toxæmia, cervix incompetencia, korábbi spontán vetélés, halvaszületés vagy koraszülés, veszélyeztetett terhesség, epekő, terhességi anaemia, veleszületett csípőficam, neurosis, nem progresszív neurológiai betegség vagy ilyen (meningitis, Little-kór, Heine-Medin) utáni állapot. Ezek általában sem az anyára, sem a magzatra nem jelentenek kockázatot, és a terhesség alatt is megfelelően kezelhetők. Sok helyütt az indikáció megadása megengedhetetlenül elnagyolt: „vesebaj”, „májkárosodás”, „rossz születési anamnézis”, „ideggyógyászati javaslat”. Nem ritkán a javallat teljesen elfogadhatatlan, ilyen pl. a 3 vagy több születés. Ha ez orvosi javallat alapján is történhet, akkor a hasonló ok miatt, de szociális javallat alapján 1978—1980-ban terhességmegszakításra kerülő többi 65,947 asszonnyal szemben igazságtalanság történt. Az Útmutató rögzíti a „többszörösen” végzett császármetszés utáni terhességmegszakítás orvosi javallatát. Mégis, 116 esetben történt egy ilyen műtét után orvosi javallat alapján művi abortusz. Harmadrészt szakmai szempontból helyes lenne az egyes pontokon belül a maternális és a magzati javallatokat külön választani. Az utóbbi megítélése ugyanis a teratológus, a genetikus és a szülész feladata, míg az anyai veszélyeztetettség elbírálása általában más szakmákra tartozik. Külön is említést érdemel, mert gyakoribb egyedi orvosi indok, az intrauterin fogamzásgátlók mellett bekövetkező terhesség. A 6418 eset a teljes minta 39,1%-át jelenti. E szerint 1978—79-ben 9294 terhességet szakíthattak meg a méhbe helyezett fogamzásgátlók sikertelensége

miatt. Évi 5-ös Pearl-index mellett (tehát 100 nő közül évenként 5 esik teherbe) ez több mint 90 000 intrauterineszköz-használatot jelent.

Részletesebben szakterületemmel: a *teratológiai és genetikai* javallatokkal foglalkozom. A teratológiai indikációkat magába foglaló 20, 21/a és 21/b pontoknak, valamint a genetikai javallatokat tartalmazó 21/c és 21/d pontoknak a megfogalmazása pontatlan és szakszerűtlen. Ezt csak tetézi a javallatok felállításának elszomorítóan tudománytalan és eltérő gyakorlata.

A 20. pont helyesen hangsúlyozza, hogy művi vetélés javallata csak a terhesség alatt a *kismencedére* adott *therápiás* sugárzás lehet. Ebből következően a diagnosztikai röntgen- és izotópvizsgálatok nem szolgálhatnak orvosi javallatul (3). Mégis, nagyszámú esetben történt mellkasi diagnosztikai röntgenvizsgálat után terhességmegszakítás. Ilyenkor a magzatot érő sugárzás dózisa 0,006 rad alatt van. Még nagyobb azoknak az eseteknek a száma, amikor meg sem jelölik a diagnosztikai vizsgálat lokalizációját. 41 esetben történt hasi és kismencedei diagnosztikai röntgenvizsgálat után művi megszakítás, pedig köz tudott, hogy egy ilyen vizsgálat magzati sugárterhelése nem éri el az 1 radot. A magzat teratológiai küszöbdózisa pedig 25 rad! (Ezt követően duplázódik meg az általános kockázat, a 3%-os magzati ártalom helyett tehát 6%-kal kell számolni.) 1 esetben terhesség alatt végzett ultrahangvizsgálat is a művi vetélés orvosi javallatául szolgált... (A cél éppen minden terhességnél történő végzésük lenne.) A megszakított 349 terhesség közül csak 10-ben (2,9%-ban) tekinthető az orvosi javallat indokoltnak.

A 21. pontnak már a megfogalmazása is elfogadhatatlan. A „Genetikai javallatok” cím az a) és

4. táblázat. A feltételezett teratogén kémiai kórok megoszlása

„Olyan gyógyszerek vagy olyan vegyszerek, amelyek a terhesség első harmadában a szervezetbe jutva torzképződést okozhatnak.”

I. Valóban teratogén gyógyszerek (syncumar 2, cyostatikumok 4, antiepilepticumok 7)	13
II. Fogamzásgátló tabletta (Postinor 5, egyéb 5, Infecundin 9, Biseurin 11, Continuin 14, meg nem bevett 14, Ovidon 24)	82
III. Ösztrogén származékok (Microfolin, Hogival 5—5, Limovanil 16, Limovan 54)	80
IV. Egyéb hormon (Metothylin 4, Prednisolon 38)	42
V. Sulphonamidok (Potasept 7, egyéb 14, Sumetrolim 111)	132
VI. Antibiotikumok (Erythromycin 2, Maripen-Vegacilin 4, Nevigramon 6, „antibiotikum” 10, Chlorocid 24, Tetran 76, Streptomycin 10)	132
VII. Nyugtatók-altatók (Belloid, Valeriana 2—2, Dalgol, Eunocin, Pipolphen 4—4, Noxiron 5, Seduxen 48)	69
VIII. Egyéb (Lidocain, Steralgin, Cavinton, Codein, Dopegyt, Rausedyl, Terpentin 1—1, Clostilbegyt, Sandomigran, Papain Griseofulvin 2—2, Rheopyrin, Lithium, Indometacinum 3—3, Rheosolon 6, Peritol 9, Desopimon 9, Klion 11)	59
IX. Meg nem nevezett gyógyszerek	183
X. Öngyilkossági kísérlet gyógyszerrel	11
XI. Munkahelyi vegyszerártalom (Peszticid 1, egyéb 2, Ólom 3)	6
Együtt	809

5. táblázat. **A feltételezett genetikai kórokok megoszlása**

„Ha a családban bizonyos öröklődő vagy annak feltételezett rendellenességek fordulnak elő és az utód kockázata 20%-nál nagyobb.”

a) Anya örökletes ártalma (másutt nem említve) vagy mutáns gén-hordozása	
I. Rh incompatibilitás	91
II. ABO incompatibilitás	12
III. Génártalom: Wilson kór	1
IV. Haemophilia konduktor	7
V. Vegyes: Cong. sükettség (19), otosclerosis (11), pectus excavatum, nyúlajak (1—1)	32
VI. Anya alkoholista	7
Együtt	150
b) Az apa betegsége (schizophrenia, bronchiectasia, coronaria sclerosis, ichthiosis, prostatitis, nystagmus 1—1, tüdő tbc. 2, alkoholizmus 29)	37
c) Testvér örökletes ártalma	
I. Domináns (1—1)	8
II. Recessív (Werdnig—Hoffmann, cong. nephrosis, mucoviscidosis 2—2, egyéb 4, AGS 6, PKU 4)	20
III. X-hez kötött (haemophilia 5, egyéb 4)	9
IV. Kromoszóma (Down)	14
V. Polygen (anencephalia 9, vitium 9, csípőficam 8, pylorus stenosis 2, egyéb 8)	36
VI. Tisztázatlan eredetű rendellenesség (hydrocephalia 3, multiplex 5, egyéb 13)	21
VII. Epilepszia	8
VIII. Érzékszervi fogyatékoság (látás 6, hallás 6, da-dogás 2)	14
IX. Értelmi fogyatékoság	15
X. Mozgássérültség	7
XI. Biztosan nem genetikai eredetű ártalmak (rubeola 2, végtagredukció 2, koraszületés 2, egyéb 2)	8
XII. Meg nem nevezett ártalom	72
Együtt	232
Összesen	419

b) alpontban a terhesség alatti microbiális és kémiai ártalmakat, tehát a teratogén hatásokat foglalja magába (3. és 4. tábl.). A teratogén (terhesség alatti szomatikus magzati ártalmakat okozó) és a *mutagén* (gén- és kromoszómaártalmakat okozó) tényezők, valamint a teratológia és a genetika tudományának az összekeverése ma már az ismeretek középiskolás szintjén sem engedhető meg. (Hiszen pl. a teratogén ártalmaknak a testvérekre és az utódokra ártalmas következménye nem lehet, viszont az ivarsejtek mutációja komoly családi és társadalmi veszélyt jelent.) Sajnos, a szakszerűtlenség a gyakorlatban is szembetűnő. A terhesség alatti feltételezett microbiális kórok miatt 1794 terhességet szakítottak meg. Ezzel szemben számításaim szerint ez csak 64 esetben lett volna indokolt (3,6%). A fertőző kórokozók között a döntő többséget a rubeolavírus jelenti (3. tábl.). A fertőzést szerológiai-lag kell igazolni, erre a savópárban észlelt seroconversio vagy a rubeola-specifikus IgM kimutatása nyújt lehetőséget. (A friss rubeolavírus-fertőzés nem okoz mindig betegséget, de a magzati ártalom lehetőségével ilyenkor is számolni kell. Az Űtmutató megfogalmazása tehát azért is pontatlan, mivel csak „megbetegedést” említ.) A rubeolával kapcsolatos orvosi javallat dokumentálásakor azonban csak elvéve közölték a szerológiai vizsgálat eredményét. Ezek többsége alacsony titerű (1:32-es, illetve 1:64-es) „pozitivitást”, tehát *védettséget* mutatott. A nők 85%-a ugyanis 18—20 éves kora előtt

átelik rubeolavírus-fertőzésen. Ezt követően pedig ők és magzatjuk védettek az újabb fertőzésekkel szemben. Tehát ilyenkor ép magzatok kerültek megszakításra. A védtelen 15%-nak egyötöde szokott valóban fertőződni a feltételezett rubeolavírus-expozíció után. Így becsülhető meg az anyagunkban szereplő 1658 terhesben a terhességmegszakításra valóban indokolt esetszám (kb. 50). Ehhez hozzáadható még a 14 varicellában megbetegedett terhes. (Egynél csak az expositiót említették meg.) A fetopathogen kórokozók a terhesség második felében a magzat gyulladásos megbetegedését okozhatják. Az első trimeszterben torzképződést tehát nem idéznek elő, így a terhességmegszakítás orvosi javallatai sem lehetnek. A többi vírus, baktérium és parazita, vagyis az egyéb orvosi javallatként bejegyzett fertőző kórok — mai tudásunk szerint — kimutathatóan nem emelik a fejlődési rendellenességek kockázatát (1), így meg sem közelítik a rendeletileg előírt 10%-os szintet. (Az OSZNI és OCSGYI 1978. évi Módszertani levelét követően (12) ugyanis a terhesség 12. hete előtt a súlyos és hatékonyan nem kezelhető magzati ártalom 10%-os, illetve *ennél nagyobb* valószínűségekkel állítható fel az orvosi javallat.)

A gyógyszerek sem mutatnak kedvezőbb képet (4. tábl.). Az indikált 809 eset közül csak 24 (3%) tekinthető megalapozottnak teratológiai szempontból. Ide az 1. csoportba tartozó, nemzetközileg elfogadott, humán teratogén gyógyszerek (4) és az X. csoportba sorolt öngyilkossági kísérletet tevők számíthatók. A fogamzásgátló gyógyszerek csak akkor lehetnek a terhességmegszakítás orvosi javallatai, ha a nő részt vett „az Egészségügyi Minisztérium által engedélyezett... klinikai farmakológiai, illetőleg klinikai vizsgálatban... és nem kívánt terhessége e vizsgálati időszak alatt jött létre” (9). (Ezt azonban egyetlen esetben sem jelezték.) Az ösztrogének gyakori értelmetlen terhesség alatti alkalmazása — a tiltó rendelkezések ismeretében — meglepő. Az 1%-os kockázatnövekedés azonban a terhességmegszakítás indoka nem lehet. A többi gyógyszer humán teratogenitása nem tekinthető igazoltnak, így terhességmegszakítás javallata sem lehet, illetve lehetne. Pedig csak Sumetrolim miatt 111 terhességet szakítottak meg. (A terhesség alatti húgyúti fertőzéseknek ez ajánlott gyógyszere. E készítmény antifolsav-származék komponensének dózisa messze elmarad a teratológiai küszöbötől.)

Összefoglalásként tehát megállapítható, hogy a 2952 teratogén javallat közül csak 98 (3,3%) tekinthető indokoltnak. 2854 — jórészt kívánt — terhességet tehát értelmetlenül szakítottak meg.

A genetikai ártalmak értelmezése is elgondolkodtató (5. tábl.). (A 20%-os kockázati szint itt is idejét múlta, 1978 óta a 10% az elfogadott.) Az Űtmutató c) pontját a proband (a rendellenes személy) alapján anyai, apai és testvér csoportokra bontottam. Sok részben vagy teljesen genetikai eredetű *anyai* betegség — pl. congenitalis vitium, cukorbetegség, thrombopaenia, veleszületett csípőficam, scoliosis, psoriasis, rheumatoid arthritis, látóhártya leválása, igen nagy fokú rövidlátás, glaucoma, degeneratio retinae, cataracta, schizophrenia,

uni- és bipoláris depressio, epilepsia — a 1—19. pontban szerepel, mivel elsősorban az anya veszélyeztetettsége jelentette a művi abortusz javallatát. A vércsoport-összeférhetlenségek szerológiai indoklását sehol sem találtuk meg, féltő, hogy az anti-D profilaxis lehetőségéről sok helyen megfeleltek. Az általában jól kezelhető AB0 incompatibilitás miatti gyakori javallatok is nehezen fogadhatók el. Az egyetlen génártalom: a Wilson-kór, ijesztő példa. Ez autosomalis recesszív ártalom, tehát az utód kockázata 0%. A haemophilia konduktorság miatt fiúkban jelentkező 50%-os kockázat méhen belüli magzati vizsgálattal kivédhető. A veleszületett süketységek döntő többsége recesszív öröklődésű, kisebb részük szerzett ártalom — viszont az utódok kockázata mindkét csoportban 0%. A gyermeknevelés familiáris-szociális problémái esetükben kétségtelenül nem elhanyagolhatóak, de ez már nem a genetika tárgykörébe tartozik. A pectus excavatum 8%-os és a nyúlajak 4%-os kockázata sem valós indikáció. Az anya alkoholizmusát a teratogén ártalmak közé kell sorolni, indikációként azonban a genetikai veszély szerepelt. Az *apai* javallatok különösen meglepőek. Egyrészt az apa tbc.-je, alkoholizmusa, bronchiectasiája vagy éppen prostatitise hogyan lehet genetikai indikáció? Másrészt az apák genetikai ártalmának az utódokra gyakorolt valós veszélyeit csak két esetben (schizophrenia és nystagmus) vették tekintetbe, pedig ennek mértéke csaknem megegyezik az anyáéval. A gyakori apai alkoholizmus is csak szociális indikáció lehet. Végül a már megszületett gyermekek (tehát a *testvérek*) miatti javallatok is ellentmondások. A domináns mutációk első megnyilvánulása után a leendő testvér kockázata 0% (13), mégis ez 8 esetben szerepelt orvosi javallatként. A recesszív ártalmak támadhatatlanok, bár az újszülöttkorban felismert phenylketonuria (PKU) kezelhető. Mégis, ha szülők igénylik a terhességmegszakítást, legyen joguk hozzá. Az X-hez kötött ártalmakban szenvedők megszületése viszont méhen belüli nem meghatározással korlátozható. 14 esetben a testvér Down-kórja volt az indikáció, pedig az ismétlődés kockázata 1% alatt van. A polygén ártalmak is nehezen képzelhetők el orvosi javallatként, egyrészt a kockázat messze elmarad a 10%-os szintől, másrészt bizonyos részük (pl. az anencephalia) a magzatvíz alfa-fetoprotein vizsgálattal kivédhető, harmadrészt közülük sok (pl. csípőficam) kitűnően kezelhető. Elvileg a tisztázatlan eredetű egyes és többes rendellenességek, az epilepsia, valamint az értelmi, mozgásszervi és érzékszervi fogyatékoságok alacsony (0—8%) ismétlődési kockázata sem lehet a terhességmegszakítás orvosi javallata. A biztosan nem genetikai eredetű rendellenességek ismétlődési kockázata 0%, a meg nem nevezett „genetikai” ártalmakkal pedig nem lehet mit kezdeni.

A 21/d alpontba került 5 eset közül 2 az anyai életkor (39 és 41 éves) miatt került megszakításra, bár a 39 év 1978-ban nem jelenthetett általában, a 41 éves kor pedig csak szociális indikációt.

A 424 genetikai javallatból *legfeljebb* 119 tűnik elfogadhatónak, ez az összes eset 28,1%-a.

Az igazsághoz tartozik, hogy a 20. és 21. pontot „Az intrauterin fejlődő magzat gyógyszerek okozta ártalmának megelőzése” című OSZNI módszertani levél (11) és „Szakmai irányelvek a Genetikai Tanácsadók működéséhez” című OSZNI és OCSGYI módszertani levél (12) pontosította és szakszerűsítette. A gyakorlatban azonban még az Útmutató szakszerűtlensége érvényesül.

A 22. pontban összefoglalt „egyéb” javallatok döntő többsége nem jelent valódi maternális vagy magzati kockázatot a terhességvállaláskor (2. tábl.). Az Útmutatóban nem szereplő nagyszámú kombinált javallatot külön pontként szerepeltetem. Számításaim szerint szakszempontból ezeknek a kombinációknak a kétharmada sem éri el a valódi orvosi javallat szintjét. Végül az értékelhetetlen orvosi javallatokat kell megemlíteni. 246 esetben csak „betegség” vagy „orvosi indok” volt a javallat megnevezése.

Figyelembevételével tehát az olvasható 16 227 orvosi javallatot, ebből csak 8379, tehát 51,6% fogadható el szakmai szempontból. Viszont a méhbe helyezhető fogamzásgátló eszközöket figyelmen kívül hagyva, ez az arány csak 20%! 4319 orvosi javallat (26,6%) szakmailag elfogadhatatlan. Az értékelhetetlen 3717 javallat jelentős része is valószínűleg ez utóbbi kategóriába tartozik.

Az orvosi javallatok anyai életkor-megoszlása azt bizonyítja, hogy a terhességmegszakítások döntő többségére: 75%-ára, 20—35 éves, tehát a gyermekvállalásra optimális korban kerül sor.

Az orvosi javallatok területi eloszlása jelentős eltéréseket mutat. Az egyes közigazgatási egységekben közel sem azonos elvek szerint történik a művi vetélések orvosi javallatának a felállítása. Ez mind az orvosi javallatok százalékos arányán (a minimumot Pest megye 5,7%-os, a maximumot Csongrád megye 14,4%-os értéke jelenti), mind az orvosi indokok megoszlásán meglátszik.

Végül a javallatokat felállító szakemberek megoszlását értékeltük. A leggyakoribb javallattevők a nőgyógyászok (50,9%), de indokaik között az intrauterin eszközök jelentik a döntő részt (76,8%). Meglepő azonban, hogy minden orvosi indokul szolgáló pontban (pl. bőrbetegség vagy májártalmak) jelentős a részvételük, pedig elvileg csak a terhességgel összefüggő 5—6. pontban lenne várható magas arányuk. A teratológiai (20, 21/a és 21/b) indokokon belül is ők tesznek legtöbbször (52,9%) javaslatot a művi vetelésre. A teratológiai indikációk között jelentős a körzeti orvosok (14,8%) és a TEMEB-ek (15,6%) részesedése is. Ugyanakkor az e feladatra hivatalosan kijelölt orvosgenetikusok (vagyis genetikai tanácsadók) csak az indikációk 5,1%-át állították fel. Erdemes lenne az egyes speciális orvosi szakágakhoz kapcsolódó indokokban az illetékesek magasabb részvételét biztosítani. Ez bizonyára a hatékonyságot is javítaná.

Következtetések

A tudományos kutatás feltárta megismerések és ezek gyakorlati alkalmazása között bizonyára mindig lesz időeltolódás. Az orvosi genetikában és teratológiában jártas szakember számára azonban

megdöbbentő e két gyorsan fejlődő tudományág és a TEMEB-ek gyakorlata között észlelhető mély szakadék. Próbáljunk egy kicsit mélyére nézni ennek a súlyos ellentmondásnak.

Hazánkban az 1974-ben életbe lépő népesedéspolitikai határozat megszigorította a művi vetélések szociális javallatait és tágitotta az orvosi indikációkat (7–10). A szociális javallatok korlátozása bizonyos körökben — az emberi szabadságjogok állítólagos megsértése miatt — tiltakozást is váltott ki. A rendelet azonban életbe lépett és a hivatásukat végző orvosoknak eszerint kell eljárniuk. A szakemberek tevékenységét feltehetőleg főleg három tényező motiválja: 1. Szakértelmük. Ez a hazai orvosi genetika és teratológia egyetemi oktatásának megoldatlansága, valamint az ilyen jellegű intézmény hivatalos állásfoglalásainak elmaradása következtében hiányos. A fejlett egészségügyi kultúrájú országokban ez nem lehet a szülészeti intézmények feladata. Az elmúlt években született fontosabb eredmények magyar nyelven is hozzáférhetők (1, 2, 4, 11, 12), mégis, a gyakorlatban, így a TEMEB-ek munkájában alig éreztetik hatásukat. Különösen a teratogenitász megítélése szakszerűtlen és változó. Feltétlenül szükséges lenne az általános elveket jobban tudatosítani. Ezentúl ki kellene adni egy korszerűsített Útmutatót és ebben a maternális, teratológiai és genetikai javallatok körét a kutatás újabb eredményei és a hazai gyakorlat alapján kellene megfogalmazni. Fontos lenne a maternális és az utód genetikai, valamint a magzat teratológiai veszélyeztetettségének előzetes szétválasztását, majd végső együttes értékelését is megoldani. Az egyes javallatok kritériumait és az ezek megállapítására illetékesek körét is pontosan meg kellene határozni. Végül a TEMEB-ek tevékenységét helyes lenne fokozottan ellenőrizni. 2. Az orvosi segítség határainak értelmezése is jelentős individuális eltéréseket mutat. A terhesek bizonyos része ugyanis nem kívánt terhességének megszakítása érdekében kéri a szakemberek segítségét. 3. Végül, ritkábban, az orvosra bizonyos hivatali nyomás is nehezedik egy-egy eset „elintézésében”. Sajnos, a jelenleg rendelkezésre álló adatok elemzésekor nincs mód e tendenciák elkülönítésére, mivel a „Terhességmegszakítási elbírálás lap”-on nem szerepel annak jelzése, hogy kívánt avagy nem kívánt terhességről van-e szó. Pedig ez fontos lenne, még akkor is, ha a válaszadás őszintesége némelykor megkérdőjelezhető lenne.

A művi vetélések orvosi javallatainak korszerűsítése számos területen haszonnal járna. Csak néhányat ragadok ki:

a) *A születésszám emelkedése.* Az itt ismertett adatok alapján többé-kevésbé megállapítható a terhességmegszakítások indokolt és indokolatlan

orvosi javallatainak aránya. Ez utóbbihoz hozzászámítom a tisztázatlan javallatok kétharmadát is. A 6797 eset az összes megszakítás 41,4%-át jelenti. Tétélezzük fel, hogy az indokolatlan javallatok felét kívánt terhességekben állították fel. Eszerint az orvosi javallat alapján történő művi vetélések mintegy 20%-a kívánt terhességekben indokolatlanul történik. Ez pedig 1974 és 1980 között évente mintegy 2300 terhesség elvesztését jelenthette. Az érvényben levő rendelet viszont nem tesz különbséget a kívánt és a nem kívánt terhességek között, így az indokolatlan megszakítások miatt évente mintegy 4600 terhesség nem jutott el a szülésig. A több ezres nagyságrend már az országos születésszám alakulása szempontjából sem lényegtelen, de a fő problémát a gyermeket akaró családok iatrogén ártalma jelenti.

b) *Az ellátás szakszerűsége.* E területen különösen gyorsan és hatékonyan lehetne ezt elősegíteni.

c) *Az egészségügyi ellátás egyöntetűsége.* Jelenleg hazánkban a terhességmegszakítás orvosi javallatait eltérő módon ítélik meg, így a terhességet nem kívánó asszonyoknak a felkeresett TEMEB-től függően jelentősen eltérő az esélyük az igényelt művi megszakítás elérésére. De ami talán még fontosabb: a kívánt terhességek megtartásának is változó a valószínűsége a szakemberek különböző felkészültsége és magatartása miatt. Mindez egészségpolitikai szempontból is kártékony.

A terhességmegszakítások emelkedő orvosi javallatának elemzése tehát azt mutatja, hogy szükség van a művi vetélések orvosi javallatának újbóli, szakszerűbb megfogalmazására és fokozott ellenőrzésére.

Köszönöm Bidzsári Veszel és Bidzsári Ferhad segítségét az adatok kiírásában, valamint Takács Tamásnak és Vitéz Mártának a táblázatok összeállítását.

Az egyes javallatcsoportokon belül a konkrét betegségek listáját, illetve ezek számát, az anyai életkor és területi megoszlást, valamint a javallatok szakemberek szerinti csoportosítását tartalmazó táblázatokat az érdeklődőknek szívesen a rendelkezésére bocsátom.

IRODALOM: 1. Cholnoky P., Czeizel E., Szabó L.: Orv. Hetil. 1980, 121, 1165. — 2. Czeizel E., Dénes J., Szabó L.: Vele született Rendellenességek. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1973. — 3. Czeizel E.: Magy. Radiol., 1980, 33, 341. — 4. Czeizel E.: Gyógyszereink, 1980, 30. — 5. Czeizel E., Métneki J.: Magy. Nőorv. Lap., 1981, 44, 101. — 6. Czeizel E., Métneki J.: Teratologia (megjelenés alatt). — 7. Egészségügyi Közlöny, 1973, 23, (Rendkívüli szám). 2. — 8. Egészségügyi Közlöny, 1973, 23, (Rendkívüli szám). 6. — 9. Egészségügyi Közlöny, 1973, 23, (Rendkívüli szám), 25. — 10. OSZNI: Módszertani levél az intrauterin fejlődő magzat gyógyszerek okozta ártalmának megelőzésére, 1977. — 11. OSZNI és OCsGYI: Módszertani levél. Szakmai irányelvek a Genetikai Tanácsadók működéséhez, 1978. — 12. Vízkelety T., Czeizel E.: Orv. Hetil., 1981, 122, 1507.

SAS MIHÁLY DR.,
PASZTOR EMIL DR.,
GODÓ GYÖRGY DR.,
PIFFKÓ PÁL DR.,
ÉS KEMÉNY ANDRÁS DR.

A hypophysis prolactin-termelő mikroadenomái

Szegedi Orvostudományi Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Sas Mihály dr.)

Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet (igazgató: Pásztor Emil dr.)

A szerzők 10, hyperprolactinaemiás asszony vizsgálatáról és kezeléséről számolnak be, akiken a klinikai kép alapján, valamint hormonális és neuroradiológiai vizsgálatokkal hypophysis mikroadenomát diagnosztizáltak. Hat esetben a tumor transzphenoidalis eltávolítását végezték, egy asszony a műtétbe nem egyezett bele, 3 esetben azt egyelőre nem tartották feltétlenül indokoltnak. A műtéteket lényegesebb szövődmény nem kísérte. A galactorrhoea általában jelentősen csökkent, néhány esetben ovulációs ciklusokat észleltek, egy asszony terhes lett. Az elért eredmények további fenntartására és a műtétet követően változatlanul panaszokkal rendelkezők kezelésére egyaránt bromocriptin tartós adagolását javasolják.

Prolactin producing micro-adenomas of the hypophysis. On the basis of the clinical picture with hormonal and neuroradiological examinations hypophysis micro-adenomas were diagnosed in 10 women with hyperprolactinemia. Transsphenoidal elimination of the tumor was carried out in 6 cases, one of the patients refused to consent to the operation and in 3 cases the operation was not considered as absolutely necessary. Significant complications were not associated with the operations. Galactorrhoea decreased in general significantly. In a few cases ovulation cycles were observed and one woman became pregnant. To maintain the results and for those who suffer from unchanged complaints even after the operation chronic bromocriptin therapy is recommended.

A prolactintermelő adenoma jelenleg a leggyakrabban diagnosztizált hypophysis daganat és felismerésére általában amenorrhoeás, infertilis asszonyok vizsgálata során kerülhet sor (5, 19).

A pontos kórismézés lehetőségét a prolactin-szint (Prl) érzékeny, radioimmun módszerekkel történő meghatározásának, valamint az intra-sellarisan elhelyezkedő kicsiny tumorok pontos radiológiai vizsgáló módszereinek kifejlesztése teremtette meg (12, 26). A diagnosztikai eljárások fejlődését követte a hatásos terápiás módszerek bevezetése. Transzphenoidalis behatolást követő mikrosebészeti eljárással a normális hypophysis-működés megőrzése mellett távolítható el az adenoma (6, 18). A dopamin-agonista bromocriptin a prolactin szintjét gyorsan és tartósan csökkenti, és ezt követi a klinikai tünetek javulása (13). A komoly eredmények ellenére, különösen a kicsiny méretű prolactinomák keletkezésének mechanizmusát és hatásos kezelését illetően a vélemények megoszlanak (10, 25, 29).

Tanulmányunkban olyan betegek vizsgálatának és kezelésének eredményeit ismertetjük, akik különféle anovulációs cikluszavar, galactorrhoea, infertilis házasság miatt keresték fel klinikánkat, és ezek háttérben prolactintermelő hypophysis-adenomát diagnosztizáltunk.

A munka az Egészségügyi Minisztérium támogatásával, a 16/4-34/504 és 16/6-06/060 sz. tárcaszintű kutatási program keretében készült.

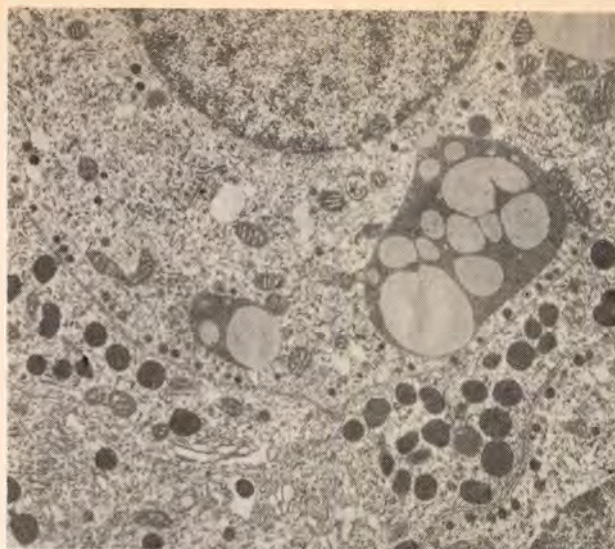
Anyag és módszer

A Szegedi OTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikája, valamint az Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet közötti együttműködés során az elmúlt két évben számos asszonyt vizsgáltunk és kezeltünk. Valamennyien intézetünk meddőségi-endokrinológiai ambulanciáját keresték fel panaszukkal.

A részletes kórelőzmény-felvételt és fizikális vizsgálatot követően ellenőriztük a plasma prolactin, ill. FSH és LH szintjét. Amennyiben a prolactin-szint ismételt és feltűnően magas, a hyperprolactinaemia eredetének tisztázásához szükséges neuroradiológiai és ophthalmológiai vizsgálatokat az Országos Idegsebészeti Tudományos Intézetben végeztük el. A hormonszintek meghatározására radioimmun módszereket alkalmaztunk (WHO Matched Reagent Program, Methods Manual 1982). A prolactin-szint 25 ng/ml felett tekinthető kórosnak.

A hypophysis kisebb méretű adenomáinak radiológiai felismerésére a sella-polytomographia, bizonyos esetekben a computerizált tomographia a jelenleg legalkalmasabb módszer. Az intrasellarisan elhelyezkedő, mindössze 4–6 mm átmérőjű, szemészeti és idegrendszeri tüneteket nem okozó mikroadenomák ugyanis a hagyományos diagnosztikai eljárásokkal felismerhetetlenek. Látótérvizsgálatot és computeres tomographiát valamennyi, egyéb eljárásokat (pneumoencephalographia, cerebralis arteriographia cisternographia) csak indokolt esetben végzünk, főleg a tumor suprasellaris kiterjedése és differenciál-diagnosztikai nehézségek során (18).

Az elmúlt két év alatt a rendelkezésünkre álló diagnosztikai módszerekkel 10 alkalommal észleltünk mikroadenomát, amelyekre általában a magas prolactin-szint és a radiológiai jelek hívták fel a figyelmet.



1. ábra: Gyéren granulált Prolactinoma electronmikroszkópos képe. 5000X

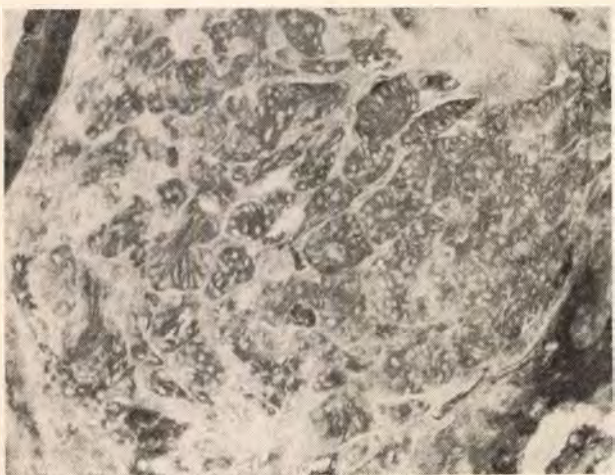
A hatásos prolactin-szint csökkentő bromocriptin (Parlodel, Sandoz) tartós, nagyobb adagban (5–10 mg/nap) történő adása az egyik therapiás lehetőség, melyet önállóan, vagy a műtétet megelőzően és követően is alkalmazhatunk. Műtétkor az adenomát transzsfenoidalis behatolást követően, mikrosebészeti módszerrel, szelektíven távolítjuk el.

Műtét után az eltávolított tumort szövettanilag is vizsgáljuk. A fénymikroszkópos vizsgálatokon kívül electronmikroszkópos (1. ábra) és újabban immuncytochemiai (2. ábra) vizsgálatokat is végeztünk. (Az electronmikroszkópos vizsgálatokat Szlowik Felicia dr., az immuncytochemiai vizsgálatot Bálint Katalin dr., az OITI patológiai osztályán végezte).

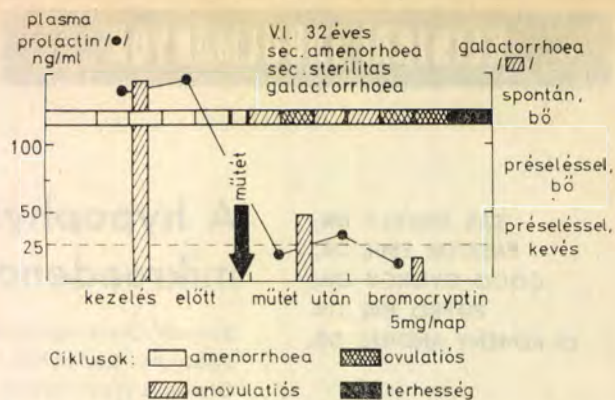
A betegek állapotát műtétet követően folyamatosan ellenőrizzük, különös tekintettel a prolactin-szintre, a ciklus jellegére és a galactorrheára. Amennyiben valamilyen ok miatt a műtétől eltekintettünk, vagy műtétet követően a klinikai kép alapján indokolt volt, tartósan bromocriptint adagoltunk.

Eredmények

A kórelőzményt és a fontosabb vizsgálati leleteket táblázatban foglaltuk össze. A betegek kora 23 és 38 év között volt. Hat esetben a gyermek utáni vágy, 3-ban a bromocriptin kezelésre



2. ábra: Immun peroxidase technikával kimutatott prolactin a sejtek cytoplasmájában. 160X



3. ábra: A 32 éves asszony szülést követően két év múlva is amenorrhoeás, galactorrheája bő. Ismét terhes szeretne lenni. Panaszainak hátterében feltűnően magas plasma prolactin-szint állott. A prolactinomat eltávolítottuk, ezt követően a prolactin-szint lényegesen csökkent, ciklusai időnként ovulációsak, galactorrheája kiscokú. Továbbiakban Parlodelt kapott, a prolactin-szint normális, ciklusai ovulációsak és ennek kapcsán terhes lett

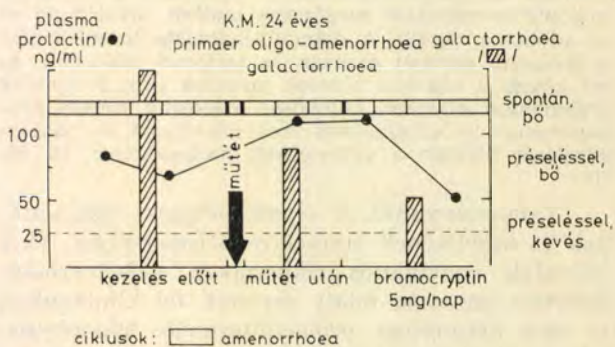
nem reagáló spontán galactorrheoa, 1-ben pedig a primaer amenorrhoea volt a legfontosabb panasz.

A prolactin-szint 2 esetben normális volt, mindkét asszony galactorrheoás, de az egyikben ezt szabályos ciklusok kísérték. Az FSH-szint általában alacsonyabb, az LH-szint igen változó, normális, alacsony vagy emelkedett.

A radiológiai vizsgálatok során 2 alkalommal nem észleltünk meggyőző kóros leletet, de a prolactin-szint és a klinikai kép alapján a mikroadenomát valószínűsítettük. A színes látótér vizsgálatokkal lényeges eltérést, suprasellaris terjedésre utaló jeleket nem kaptunk.

Hét alkalommal a klinikai status és az elvégzett vizsgálatok alapján a prolactin-termelő adenoma műtéti eltávolítását határoztuk el, ebbe egy asszony nem egyezett bele. További 3 esetben a műtét végzését egyelőre nem tartottuk feltétlen indokoltnak és tartós bromocriptin kezelést javasoltunk.

A műtéttel kapcsolatos és az azt követően észlelt állapot fontosabb jellemzőit a táblázat ismerteti. Az eredmények között megemlítjük, hogy



4. ábra: A 24 éves nőbeteg primaer oligo-amenorrhoea és spontán galactorrheoa panaszokkal jelentkezett. A magas prolactin-szintet okozó mikroadenomát eltávolítottuk, hyperprolactinemiája csökkent, de Parlodel folyamatos adása ellenére a klinikai kép változatlan, a prolactin-szint továbbra is magasabb

Sor- szám	Kor (év)	Menstr. ciklusok	Galact- orrhoea X: 1—2 csepp XX: több csepp XXX: bő	Sterilitas (panaszként) előző terhesség	Pro- lactin ng/ml	FSH IU/I	LH IU/I	Szövettan EM	Műtét utáni menstr. ciklusok	galact. prolactin
1.	23	primaer amenorrhoea	—	— 0	259	3,9	12	chromophob adenoma EM: gyéren granulált prolactinoma	amenorrhoea	— 71
2.	31	secundaer oligo- menorrhoea	XXX	— 1 ab. incompl. 1 ab. artef.	13,5	8,9	40	chromophob adenoma EM: sűrűn granulált prolactinoma	ovulatiós	X 14,7
3.	37	secundaer amenorrhoea	XX	3 év 1 szülés	140	6,1	12	chromophob adenoma EM: sűrűn granulált prolactinoma	ovulatiós és anovulatiós	— 53
4.	24	primaer oligo. amenorrhoea	XXX	— 0	59	6,5	49	tumor nem igazolható	oligoame- norrhoea	X 121
5.	32	secundaer amenorrhoea	XXX	3 év 1 szülés	137	1,4	4,1	chromophob adenoma EM: gyéren granulált prolactinoma	ovulatiós és anovulatiós	X 15
6.	36	primaer oligo- amenorrhoea	XX	16 év 0	74	1,3	5,1	epithelialis cysta	oligomen- orrhoea	XX 110
7.	33	primaer oligo- amenorrhoea	X	3 év 0	101	4,1	4,5			
8.	38	primaer oligo- amenorrhoea	X	6 év 0	100	7,4	5,3			
9.	25	anovulatiós ciklusok	XX	— 2 szülés 1 ab.artef.	12,3	6,1	12			
10.	30	primaer oligo- amenorrhoea	XX	5 év 0	223	1,8	0,9			

az öt asszonyon észlelt magas prolactin-szint 3 esetben csökkent, 2-ben pedig a műtétet követően is magas maradt. Az 5 galactorrhoeás asszony panasza 4 esetben lényegesen csökkent. Három beteg menstruációs ciklusai időnként ovulációsak, egyikük terhes is lett. Megemlítjük, hogy a műtéttel elért eredmények fenntartása, ill. további javítása céljából valamennyi esetben bromocriptin tartós adagolására kényszerültünk. A 3. és 4. ábrákon bemutatjuk két jellemző esetünk kezelési eredményét.

Megbeszélés

A prolactinomás betegek kezelése jelenleg is vitatott, mivel a tumor keletkezésének mechanizmusa nem kellően tisztázott. Az adenoma igen lassan növekszik, sőt, spontán regressiót is megfigyeltek (24, 28). Kisebb, tüneteket nem okozó prolactin-termelő adenomát meglepően gyakran találtak kórbonctani anyagban (5). Egyéb adenomákhoz viszonyítva a kisebb prolactinomákhoz kapcsolódó tünetcsoport viszonylag jóindulatú, az esetek jelentős részében az infertilitas a fő panasz.

A klinikai tapasztalatok alapján kellő diagnosztikai és terápiás eljárásokat sikerült kifejleszteni a minél kedvezőbb eredmények eléréséhez. A hyperprolactinaemia egyéb okait, bizonyos gyógyszerek hatását,

primaer hypothyreosist, akromegaliát, stb. ki kell zárni. Ezt követően a sella turcica radiológiai vizsgálata során röntgenfelvétel, polytomographia, computer-tomographia végzendő indokolt esetben, a megfelelő technikai eszközök birtokában.

Különösen kisebb méretű tumorok esetén kérdéses lehet a tomographia megbízhatósága. Burrow és m társai (5) 61⁰/₀-os pontossági arányról számolnak be a mikroadenomák tomographia segítségével történő felismerésében. Viszont csak egy esetben nem találták meg boncolás során az előzetesen megállapított tumort. Ez megegyezik azon véleményekkel, hogy a magas prolactin-szint abnormális tomographiás lelettel együtt nagy valószínűséggel adenomára utal, és 90⁰/₀-ban a szövettani vizsgálat ezt alátámasztja (20). Bizonyos esetekben negatív radiológiai lelet mellett kisebb tumorok, mikroadenomák rejtve maradhatnak (19).

A mikroadenoma neurológiai tüneteket nem produkál, de hormonális dysfunctiót, infertilitást, amenorrhoeát, galactorrhoeát okoz. Miután keletkezésének pontos mechanizmusát nem ismerjük, a terápiás eszköz kiválasztása is nehéz. A kezelés lényege, hogy az említett panaszokat enyhítsük, a fertilitást helyreállítsuk.

Az endokrinológiai vizsgálatok önmagukban nem alkalmasak a prolactinoma igazolására (30),

bár egyesek a kóros TRH-stimulációs vizsgálatot kórjelzőnek tartják. Amennyiben a prolactin-szint 100 ng/ml feletti, mindig gyanús tumorra (3). Ha 100 ng/ml alatt van és a neuroradiológiai vizsgálat negatív, bromocriptin adása és a beteg sorsának rendszeres nyomon követése javasolt.

A prolactinoma kezelése az elmúlt évtizedekben jelentős változáson ment át. Régebben az ablatió idegsebészeti és radiológiai kezelés volt elfogadott. Ilyen kezelés mellett azonban nem volt ritka a hypophysis-működés kiesése amellet, hogy a prolactin-szint sem normalizálódott. Ma úgy látják, hogy ha hiányoznak a localis tünetek, érdemes más terápiás módszert keresni, ugyanis mind a hypophysektomia, mind a terápiás röntgen-besugárzás (4), de különösen az Ittrium-90-nel történő kontakt irradiatio után nagyon magas a mellékhatások gyakorisága (14, 31).

Az utóbbi években a radikális ablatió eljárás helyett a transzphenoidális mikrosebészeti beavatkozást fogadták el. Ez a beavatkozás — mikroadenoma esetén — a tumor selectiv eltávolítása az ép hypophysis szövet meghagyásával, aránytalanul kisebb rizikóval jár.

A mikrosebészeti eljárás kis prolactinomák mellett igen jó eredményeket nyújt anélkül, hogy súlyosabb postoperatív szövődményt okozna, vagy az agyfűggelék működése károsodást szenvedne. A műtét mellékhatásait 0,5–5%-nak írják le (11, 32). Az adenoma eltávolítása után az esetek egy részében a hyperprolactinaemia fennmarad (22); 4. számú esetünk is ezt demonstrálta.

A bromocriptin bevezetése óta a műtét alternatívája a gyógyszeres kezelés lett: a bromocriptin szinte minden esetben csökkenti a prolactin-szintet. A kezelés mellett erősen csökken az endogen dopamin-szint, ami a gonadotropin secretio fokozódását és ovulatiót eredményez. Mai vélemények szerint a postoperatív is megmaradó hyperprolactinaemia kezelésére egyértelműen szükséges a bromocriptin-kezelés (8, 21, 27, 28).

Kétségtelen, hogy a prolactinoma kórfolyamata nem tisztázott, s biztosan van spontán remisszió is (28), de ismételten kimutatták, hogy a bromocriptin nemcsak gátolja a prolactin-eltávolítást, hanem a tumor regressióját is eredményezi kellő ideig történő alkalmazás mellett (23, 28, s mások). Ezzel a hatással magyarázható, hogy a bromocriptin kihagyása után is alacsony marad a prolactin szintje (15, 28).

Beszámolnak arról, hogy a bromocriptin a mikroadenomás betegek 70–90%-ában normalizálja a prolactin-szintet és a bekövetkező terhességek arányának növekedését elősegíti (8, 13, 21). A bromocriptin azonban sokszor csak átmeneti javulást idéz elő; a kezelés befejezését követően a panaszok akár 90%-ig kiújulhatnak (13). A tartós, egy-két éves gyógyszeres kezeléssel a tapasztalatok viszonylag szerények és infertilitas kezelésére még alig javasolják. A mikroadenoma transzphenoidális behatolásból történő eltávolítása ilyenkor jó lehetőséget teremt. A kiújulás veszélye ugyan továbbra is fennáll, de az átmeneti időszakban a teherbe esés esélyei igen jók és a terhességek szövődménymentesen

kiviselhetők. Ezenkívül kisebb adenomák regressióját elérhetjük tartós bromocriptin kezeléssel is (9, 16).

Bromocriptin adására szükség lehet a postoperatív szakban a prolactin-szint további csökkentésére, de műtét előtt is javasolják a tumor méretének csökkentésére; így a teljes eltávolítás esélyei növekednek (2).

Mindezen adatok ismeretében felmerül a kérdés, hogy a prolactinomát, még inkább a mikroadenomát primaeren operáljuk, vagy gyógyszeresen kezeljük. Az irodalom eddigi adatai alapján prolactinoma nem abszolút műtéti indicatio (1, és mások). A tapasztalat azt mutatja, hogy a hyperprolactinaemiával járó mikroadenomák műtéti eredményei jók. Ha azonban mikroadenoma fennállásakor a hyperprolactinaemia bromocriptinnel jól csökkenthető, az álláspont nem egységes a műtét szükségességét illetően (17, 28). Egyre emelkedik azok száma, akik megfelelő kontroll mellett a bromocriptin kezelést helyezik előnybe.

A prolactinomák kezelésének mai szempontjai az alábbiakban foglalhatók össze:

Infiltratív növekvő (supraselláris) makroadenoma chiasma opticus tünetekkel, a hypophysis egyéb funkcióinak károsodásával abszolút műtéti indiciót képez.

Ugyancsak megoperálandó a magas prolactin-szintet okozó mikroadenoma is, de transzphenoidális behatolással mikrosebészeti módszerrel. Ha a mikroadenoma eltávolítása után a prolactin-szint a normálisra csökken, akkor a sterilitást kezeljük ovulatiót kiváltó gyógyszerekkel, amennyiben ilyen panasz áll előtérben. Amennyiben az adenoma eltávolítása után a prolactin-szint magas marad, tartós bromocriptin-kezelés szükséges. A dosist a hormonszint szabja meg. Irradiációs kezelés, esetleg postoperative vagy a teljesen nem eltávolítható tumor esetén jön szóba. Hyperprolactinaemia egyéb eseteiben előbb feltétlenül gyógyszeres (bromocriptin) kezeléssel próbálkozunk.

Úgy gondoljuk, hogy a kezelés stratégiáját interdisciplinarian a nőgyógyász, endokrinológus, idegsebész és szemész közösen állíthatja fel (23, 28).

IRODALOM: 1. Althoff, P. H., Böttger, B., Rosak, C., Jungmann, E., Neubauer, M.: *Inn. Med.* 1982, 9, 189. — 2. Auborg, B. R., Derome, P. J., Peillon, F., Jedynak, C. P., Visot, A., Gentil, P. L., Balagura, S., Guiot, G.: *Surg. Neurol.* 1980, 14, 151. — 3. Balagura, S., Frantz, A. G., Housepian, E. M., Carmel, P. W.: *J. Neurosurg.* 1979, 51, 42. — 4. Besser, G. M., Thorner, M. O., Wass, J. A. H.: *In: Endocrinology* (Ed. James, V. H. J.) Excerpta Medica, Amsterdam-Oxford, 1977. — 5. Burrow, G. N., Wortzman, G., Rewcastle, N. B., Holgate, R. C., Kovacs, K.: *N. Engl. J. Med.* 1981, 304, 156. — 6. Chang, R. J., Keye, W. R., Young, J. R., Wilson, C. B., Jaffe, R. B.: *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1977, 128, 356. — 7. Child, D. F., Gordon, H., Mashiter, K., Joplin, G. F.: *Brit. Med. J.* 1975, 4, 87. — 8. Fahlbusch, R., Rjosk, H. K., v. Werder, K.: *In: Treatment of pituitary adenomas* (Ed. Fahlbusch, R., v. Werder, K.) Georg Thieme, Stuttgart, 1978. — 9. Hancock, K. W., Scott, J. S., Lamb, J. T., Gibson, R. M., Chapman, C.: *Brit. J. Obstet. Gynaecol.* 1980, 87, 523. — 10. Hardy, J., Beauregard, H., and Roberts, F.: *In: Progress in Prolactin Physiology and Pathology* (ed. Roberts, C., Harter, M.) Elsevier Publishing Amsterdam, 1978. — 11. Hardy, J., Beauregard, H., Robert, F.: *In: Progress*

in prolactin physiology and pathology (Eds.: Robyn, C., Harter, M.) Elsevier, North-Holland Biochem. Pres. Amsterdam, New York, 1978. — 12. Hwang, P., Guyda, H., Friesen, M.: Proc. Natl. Acad. Sci. 1971, 68, 1902. — 13. Jewelewicz, R., Vande Wiele, R. L.: Am. J. Obstet. Gynecol. 1980, 136, 339. — 14. Joplin, G. F., Bands, Sz., Child, L. et al.: In: Treatment of pituitary adenomas. (Ed.: Fahlbusch, R., v. Werder, K.). Georg Thieme, Stuttgart, 1978. — 15. Landolt, A. M., Wutrich, R., Fellmann, H.: Lancet 1975, I, 1082. — 16. McGregor, A. M., Scanlon, M. F., Hall, K., Cook, D. B., Hall, R.: N. Engl. J. Med. 1979, 300, 291. — 17. McGregor, A. M., Arnad, M. R., Peters, J., Hall, R.: Res. Clin. Forums 1981, 3, 29. — 18. Pásztor E., Piffkó P., Kemény A., Hajda M., Gábor I.: Orv. Hetil. 1981, 122, 1431. — 19. Post, K. D., Biller, B. J., Adelman, L. S., Molitch, M. E., Wolpert, W. M., Reichlin, S.: JAMA 1979, 242, 158. — 20. Richmond, I. L., Newton, T. H., Wilson, C. B.: Am. J. Radiol. 1980, 134, 707. — 21. Rjosk, H. K., Huber, H.: Acta endocr. (Kbh) Suppl. 1978, 215, 2. — 22. Rjosk, H. K., Fahlbusch, R., Huber, H., von Werder, K.: (In: Treatment of pituitary adenomas. (Ed.

Fahlbusch, R., v. Werder, K.), Georg Thieme, Stuttgart, 1978. — 23. Thorner, M. O., Flückinger, E., Calne, D. B.: Bromocriptine — a clinical and pharmacological review. Raven Press, New York, 1980. — 24. Vaughn, T. C., Haney, A. F., Wiebe, R. H., Kramer, R. S., Hammond, C. B.: Am. J. Obstet. Gynecol. 1980, 136, 980. — 25. Vaidya, R., Aloorkar, S., Sheth, A.: Fertil. Steril. 1977, 28, 363. — 26. Vezina, J. A., Sutton, T. J.: Am. J. Roentgenol. Radium Ther. Nucl. Med. 1974, 120, 46. — 27. von Werder, K., Fahlbusch, R., Landgraf, R., Pickardt, C. R., Rjosk, H. K., Scriba, P. C.: J. Endocrinol. Invest. 1978, 1, 47. — 28. von Werder, K., Rjosk, H. K.: Prolaktin. In: Pfeiffer, E. F.: Bromocriptin ein fachübergreifendes Therapieprinzip, 8. Rothenburger Gespräch. Schattauer, Stuttgart, New York, 1982. — 29. Wiebe, R. H., Hammond, C. B., Borchert, L. G.: Am. J. Obstet. Gynecol. 1976, 126, 993. — 30. Wiebe, R. H.: Clin. Obstet. Gynecol. 1980, 23, 349. — 31. Wilcke, O., Heeren, D., Winkelmann, W.: In: Treatment of pituitary adenomas (Ed. Fahlbusch, R., v. Werder, K.). Georg Thieme, Stuttgart, 1978. — 32. Woosley, R. E., King, J. S., Talbert, L.: Fertil. Steril. 1982, 37, 54.

COTINUS

szájvíz

A FOGÍNYSORVADÁST MEGGÁTOLJA,
A SZÁJÜREGET ÉS A LEHELETET ÜDÉVÉ TESZI



HATÓANYAGA: GYÓGYNÖVÉNYKIVONAT
KAPHATÓ A GYÓGYSZERTÁRAKBAN

Potesept

S 300

SZIRUP

Összetétel:

Trimethoprimum 0,40 g
Sulfadimidinum 2,00g — 50 ml szirupban

Javallatok:

A felső és alsó légutak fertőzései:

— akut és krónikus bronchitis, bronchiectasia, pneumonia, tonsillitis, sinusitis, pharyngitis.

A vese- és húgyutak fertőzései:

— akut és krónikus cystitis, pyelitis, pyelonephritis, urethritis.

Epehólyag és epeutak gyulladásos megbetegedései:

— cholecystitis, cholangitis.

A gyomor- és bélrendszer fertőzései:

— enteritis, typhus abdominalis, paratyphus, dysentéria.

Bőrfertőzések:

— pyoderma, furunculus, abscessus, sebfertőzés.

Ellenjavallatok:

Máj- és veseelégtelenség, vér-dyscrasia, trimetoprim és szulfonamid-túlérzékenység.

Adagolás:

A készítményt akut infekció esetén legalább 4 napon át kell adni (azon túl csökkentett adagban), általában pedig 2 napi tünetmentesség eléréséig.

Csecsemőknek és kisdedeknek naponta 3–4 test-súlykg-onként 2,5 ml.

1–3 éveseknek 2×2,5–5 ml, azaz 2×0,5–1 adagolókanál

3–6 éveseknek 2×5–7,5 ml, azaz 2×1–1 1/2 adagolókanál

7–12 éveseknek 2×7,5–10 ml, azaz 2×1 1/2–2 adagolókanál

Az adagolókanál 5 ml őrztartalmú (40 mg trimethoprim + 200 mg sulfadimidin). 3 hónapos kor alatt a gyógyszer adagolása megfontolandó! Elnyújtott adás esetén (pyuria, asthma, bronchitis stb.) fenntartó adagot — általában a szokásos adag felét — mindenkor csak orvosi előírás és ellenőrzés mellett szabad alkalmazni.

Mellékhatások:

Rossz közérzet, fejfájás, gyógyszer-exanthema, gyomorpanaszok. (Utóbbi ellensúlyozására célszerű kevéssé sósavat is adni.) Ritkán, múló jellegű vérképzőrendszeri károsodás észlelhető (leukopénia, trombocitaszám- és folsavszint csökkenés). Ezek az elváltozások folsav adására gyorsan rendeződnek. Máj-károsodás. A mellékhatások főként tartós (3–8 hetes) kezeléskor észlelhetők.

Figyelmeztetés:

Koraszülötteknek és újszülötteknek, továbbá csecsemőknek 6 hetes korig nem adható.

Korlátozott vesefunkció esetén — a kumuláció veszélyének elkerülése végett — csak redukált adagok adhatók. (A plazmakoncentráció meghatározása ajánlatos.)

Hosszantartó kezelés alatt a vérkép (a thrombocyta-szám is) rendszeres ellenőrzése szükséges!

Óvatosan adagolandó folsavhiányos anémiában.

A kezelés ideje alatt megfelelő mennyiségű folyadék beviteléről gondoskodni kell.

Ha a kezelés ideje alatt exanthema keletkezik, a gyógyszer szedését abba kell hagyni.

Gyógyszerkölsönhatások:

Kerülendő az együttadás:

— fenitoinnal (a fenitoin szérumszintje toxikusig emelkedhet)

— szalicilátokkal, fenilbutazonnal és naproxennel (a szulfonamid komponens szérumszintjét toxikus értékre emelhetik).

Megjegyzés:

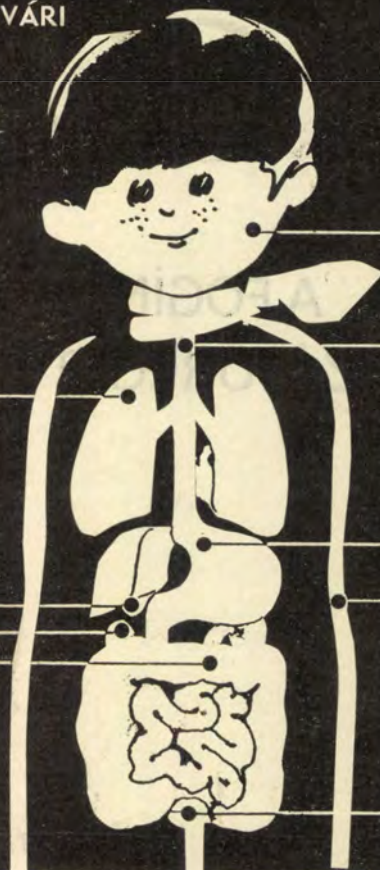
++ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető

Csomagolás:

50 ml szirup 3,30 Ft.

Forgalomba hozza:

ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR,
TISZAVASVÁRI



NEMETH TIBOR DR.,
NYÁRÁDY IVÁN DR.
ÉS VADÁSZ IMRE DR.

A gümőkór epidemiológiai helyzete a világban és hazánkban (1882-1982)

Országos Korányi Tbc. és Pulmonológiai Intézet
(főigazgató főorvos: Schweiger Ottó dr.)

A gümőkórbacillus felfedezésének 100 éves évfordulója (Koch-centenárium) rávilágított a világ tbc-s epidemiológiai helyzetének megoldatlan kérdéseire. A századforduló óta elért kétségtelenül jelentős fejlődés ellenére a tuberkulózis világméretű felszámolása, eradikációja még várat magára. Ebben elsősorban a világ kétharmadát kitevő fejlődő országok tbc elleni küzdelmének hiányosságai játszanak szerepet. Magyarországon az új megbetegedések száma évi 5000 körül állandósult, ezért a jelenlegi program módosításra szorul. A gümőkór világméretű leküzdésének fokozása pedig csak nemzetközi összefogással, a fejlett ipari országok nagyobb arányú anyagi támogatásával érhető el.

Epidemiological situation of tuberculosis in the world and in Hungary (1882—1982). The centenary of the discovery of the tubercle bacillus (Koch-centenary) threw light on the unsolved problems of the epidemiology of tuberculosis in the world. Despite of the definitively significant progress made since the turn of the century the world-time elimination and eradication of tuberculosis is not yet accomplished. Deficiencies in the fight against tuberculosis in the developing countries which represent two-thirds of the world play firstly a role in it. The number of new tuberculosis cases keeps being about 5000 yearly in Hungary thus the present programme requires modification. An increased fight against tuberculosis on a global scale may be successful only with international collaboration and with a higher rate of financial support provided by the highly developed industrial countries.

Koch Róbert 100 évvel ezelőtt, 1882. március 24-én számolt be a gümőkórbacillus felfedezéséről. Optimizmussal telve a tuberkulózis gyors és hatásos leküzdését, e járványos betegség világméretű felszámolását vetítette hallgatósága elé (12).

Közleményünkben megkíséreljük bemutatni, hogy mennyire sikerült ezt a derűlátó jóslást világszerte és hazánkban valóra váltani.

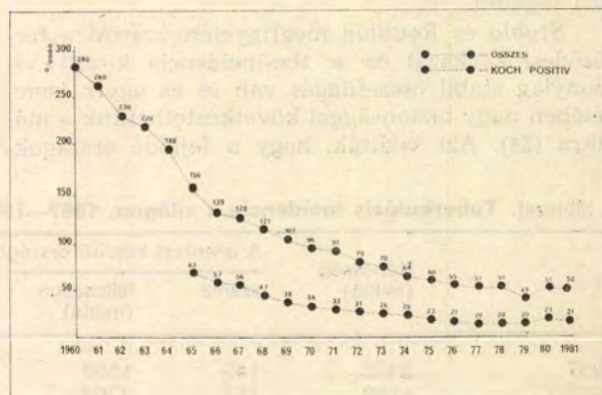
A 100 éves időszakot két nagy szakaszra választhatjuk szét. Stratégiai kifejezéssel élve az első 70 évre a passzív védekezés, az utolsó 30 évre az aktív támadó akciók a jellemzők. A határvonal a hatásos antibakterialis gátlószerek megjelenése volt. A betegség nemcsak megelőzhetővé, de ténylegesen gyógyíthatóvá is vált, a tbc kontroll korszerű koncepciója és gyakorlati módszerei pedig mindinkább kialakultak.

A tuberkulózis elleni program első és legfontosabb célkitűzése: csökkenteni és végül is meggátolni az egészséges népesség tbc-s fertőződését (11). Elsőként ezért azt vizsgáljuk meg, hogy milyennek ítéltethetjük a világ tbc-s epidemiológiai helyzetét az ún. fertőződési kockázat indexének alakulása alapján (23).

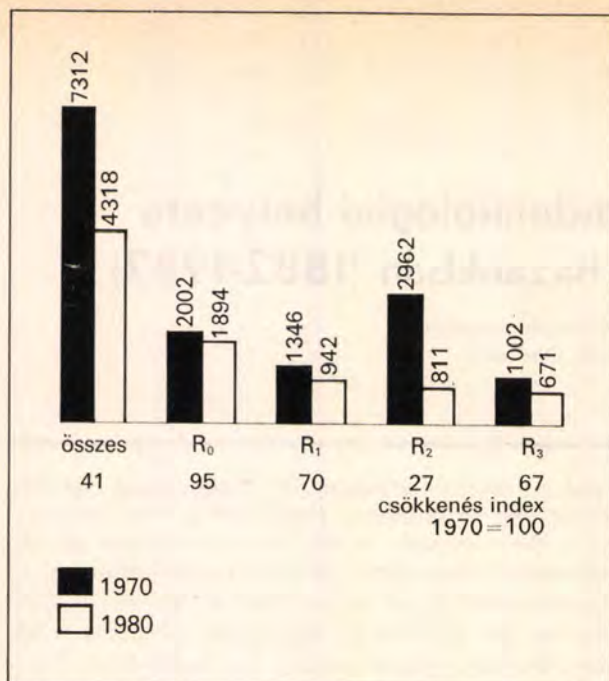
A fertőződési kockázat, a korábbiakban nem fertőzött népesség egy év alatt bekövetkező fertőző-

déseinek arányában kifejezve, az iparilag fejlett országokban már az évszázad közepén 1‰ alatt volt. Azóta is folyamatosan csökken és jelenleg 0,03 és 0,5‰ közötti értékeket mutat. Az évenkénti csökkenés mértéke 10‰-os, a rizikó tehát 5 évente megfelelődik. A fejlődő országokban a fertőződési kockázat ennél lényegesen magasabb: 2–5‰. Csúpan néhány helyen lehet mérsékelt csökkenést észlelni, a legtöbb fejlődő országban azonban az arány változatlan maradt (26).

A második kérdés: mennyire tehető a világon az új tbc-s megbetegedések és a betegek száma?



1. ábra: Tbc-incidencia Magyarországon



2. ábra: A pulm. tbc-incidencia az előző rtg. (ef) státusz szerint

- R₀ = normál („negatív”) tüdő rtg. kép
 R₁ = a tüdőben vagy a mellkasi nyirokcsomókban meszes maradvány látható;
 R₂ = huzamosabb ideje változatlan gócos-köteges maradvány látható a tüdőben (csúcsban);
 korábban aktív tbc. miatt nyilvántartásban nem volt, gyógykezelést nem kapott (spontán gyógyult tbc-s maradvány, „fibrotic lesion” gesunde Befundträger).
 R₃ = korábban aktív tbc. miatt nyilvántartásban volt, gyógykezelést kapott és gyógyulás miatt a nyilvántartásból törölték (inaktív tbc.).

Az Egészségügyi Világszervezet (EVSZ) statisztikai adatai szerint 1977-ben a világon 1,8 millió új tbc-s beteget jelentettek be (Bulla, 3). Az adatszolgáltató országokban a világ népességének mintegy kétharmada él. Ha az ott regisztrált arányokat kivetítjük a további egyharmadra is, az összes új tbc-s betegek száma a világon 2,8 millióra, azaz 68,4 százzezrekre tehető. A nyilvántartásba vett betegek számában 10 év alatt, 1967–1976 között 38,5%-os csökkenés következett be (1. tábla). Ezeket az adatokat azonban bizonyos fenntartással kell fogadni.

Styblo és *Rouillon* megfigyelése szerint a fertőződési kockázat és a tbc-incidencia között viszonylag stabil összefüggés van és az egyik ismeretében nagy biztonsággal következtethetünk a másikra (24). Azt találták, hogy a fejlődő országok-

ban az 1⁰-os évi fertőződési kockázat 50–60 százzezrelékes direkt Koch-pozitív incidenciának felel meg. Számításuk szerint a világon 1977-ben 3,7 millió ember betegedett meg súlyosan fertőző tüdőgümőkórban (2. tábla). Ez az érték jóval magasabb, mint a különböző országokban bejelentett összes új esetek száma.

Figyelembevéve a világ nagy részén a felkutatás elégtelenségét és a bejelentések megbízhatatlanságát, véleményünk szerint *Styblo* és *Rouillon* számítása áll közelebb a valósághoz.

Századunk második felében az incidencia világszerte csökkent, bár világrészenként nem egyenlő mértékben, sőt, Afrikában még emelkedett is (14). Az EVSZ hivatalos adatai a tbc prevalenciát 1977-ben legkevesebb 6 millióra, a halálozást pedig 380–400 ezerre teszik (3).

A századforduló óta kétségtelenül kimutatható fejlődés ellenére a tuberkulózis világméretű felszámolása, eradikációja tehát még várat magára. Ennek okát két összetevőben határozhatjuk meg (4, 14):

- az anyagi erőforrások elégtelensége miatt a világ jelentős részén nem létezik szervezett, folyamatos, a teljes lakosságra kiterjedő tbc-ellenes program;
- az elégtelen ismeretek miatt a működő programok egy része a tbc leküzdésében nem a legeredményesebbnek és leghatékonyabbnak bizonyult módszereket alkalmazza.

Az EVSZ és a Nemzetközi Tbc-ellenes Unió a világ országainak egyharmadában a nemzeti tuberkulózis-programok végrehajtásához anyagi és egyéb irányú támogatást nyújt, amely kereken 1 milliárd embert érint (18). Sajnálatosan e támogatásból több ipari fejlett ország nem veszi ki részét és ezért a rendelkezésre álló erőforrások a járvány legfontosabb gócinak felszámolásához közel sem elégségesek. Az európai tapasztalatok szerint így a tbc leküzdése még a következő évszázadra is elnyúlhat.

A gümőkór leküzdésének a fejlődő országokban alkalmazható és ajánlott módszerei — a tömeges BCG-oltás, a légúti panasszal jelentkező betegek köpetének mikroszkópos vizsgálata és a „direkt pozitív” betegek ambuláns gyógyszeres kezelése — európai szemmel nézve — túl egyszerűnek is tűnhetnek. Mégis, mivel a direkt pozitív fertőző források fél—egy éves ambuláns kezeléssel közömbösíthetők, ez a program hosszabb távon elméletileg a járvány felszámolását eredményezné, ha nem kellene számolni a gyakorlatban jelentkező sokfajta buktatóval. A programok többsége ugyanis nem hozzáférhető a szétszór, perifériás településeken

1. táblázat. Tuberkulózis incidencia a világon, 1967–1976/77. (Bulla, WHO)

Év	Népesség (millió)	A jelentést készítő országok		Hivatalosan regisztrált új esetek száma (millió)	Becsült incidencia	
		száma	lakossága (millió)		szám (millió)	100 000 lakosra
1967	3400	145	1400	1,6	3,8	111,2
1976/77	4100	157	2700	1,8	2,8	68,4

2. táblázat. **A direkt vizsgálattal pozitív tüdő tbc incidencia a világon, 1977**
(Styblo, Rouillon)

Régió	Népes- ség (millió)	Becsült direkt poz. incidencia	
		Eset- szám (ezer)	100 000 lakosra
Afrika	425	701	165
Észak-Amerika	240	16	7
Latin-Amerika	338	270	80
Ázsia	2335	2570	110
Európa (SZU. is)	740	178	24
Óceánia	22	3	12
Együtt	4100	3738	91

elő betegek számára, ezért a betegek jelentős része ismeretlen marad és nem részesül kezelésben.

A másik probléma a gyógykezelés idő előtti abbahagyása, a betegek „eltűnése”, „elkallódása”. Még a legújabb és legjobban szervezett programok beszámlolói szerint is (Tajwan, Korea, Dél-India), 2 év után csak a betegek 60–65%-ában tudtak jó gyógyeredményt felmutatni. A betegek 25%-a krónikussá vált 10–15%-a pedig meghalt tuberkulózisban (7, 8). Az európai, illetve fejlett országok 90% feletti negatíválódási eredményeit éppen ott, ahol erre a legnagyobb szükség volna, nem tudják elérni. Ez pedig a fejlett világ önvédelme szempontjából sem megnyugtató. A tbc-járvány ma még kevésbé van tekintettel az országhatárookra, mint régen.

Egyre nagyobb problémát jelent a *bevándorlók (menekültek) tuberkulózisa*, amely befolyásolja az őslakosság átvészeltési fokát is. A világ szűkebb lett és a néptömegek fluktuációja következtében a kontaktus a fertőzöttek és nem fertőzöttek között intenzívebbé vált. E körülmény, amely minden járvány elősegítője, a gümőkór leküzdése ellen is dolgozik (10).

Az utóbbi évtized a perspektívát illetően több más *figyelmeztető jelenséggel* is szolgált. Az ENSZ adatai szerint a jelenlegi 4 milliárdos emberiség a századfordulóra eléri a 7 milliárdot. A legmagasabb születési arányok a világ népességének mintegy háromnegyedét kitevő fejlődő országokban észlelhetők. Éppen ezért, még ha sikerülne is ezekben az országokban a fertőződés rizikóját csökkenteni, a meredeken emelkedő lakosságszám következtében szám szerint mégis több beteg lesz, mint korábban (15).

Megállapíthatjuk, hogy bár kezünkben vannak a tuberkulózis leküzdésének, sőt felszámolásának eszközei, a cél elérésére több oldalról is nehézségek tornyosulnak. Így a tuberkulózis felszámolásának elhúzódnása elsősorban a fejlődő országokban az emberiség lelkiismeretének „szégyenfoltja” marad (1, 21).

Magyarország tbc epidemiológiai helyzete

Hazánkban minden újszülött BCG-vakcinációban részesül, ezért nincs mód arra, hogy a fertőződési kockázatot tuberkulin vizsgálatok segítségével

meghatározzuk. Ismerjük azonban az incidenciát és láttuk, hogy ebből következtetni lehet a fertőződési kockázatra. Ezt az összefüggést felhasználva azt mondhatjuk, hogy mivel Magyarországon 1981-ben a direkt Koch-pozitív incidencia 7,5 százazrelék volt, ezért 0,3% lehetett a *fertőződési kockázat*.

A hazai új megbetegedések alakulását 1950-től regisztráljuk. Az elmúlt 20 év alatt az *incidencia* látványos csökkenésének voltunk tanúi, az utolsó négy évben azonban az incidencia csökkenése már nem folytatódott (1. ábra). Magyarország jelenleg az európai országok között — amint a 3. tábla mutatja — az incidenciát illetően a „középmezőnyben” helyezkedik el (3, 26).

Kiemelkedő jellegzetessége a hazai tbc epidemiológiai helyzetnek, hogy a gyermekkori tuberkulózis ritka betegséggé vált (1981-ben mindössze 36 eset). Súlyos kórforma a gyermekkorban csak kivételesen fordul elő, gyermek-tbc. halálozást pedig már évek óta nem regisztráltunk (26).

A hazai tbc-járvány másik jellemzője, hogy a nyilvántartásba vett betegek több mint fele az ún. göchordozók közül kerül ki. Az utolsó évtizedben az incidencia éppen ezekben a fokozottan veszélyeztetett csoportokban csökkent a legerőteljesebben. A lakosság túlnyomó többségét kitevő normál („negatív”) tüdő röntgenképpel rendelkező személyek incidenciájának csökkenése jóval szerényebb mértékű volt (2. ábra). (27).

A tbc-prevalencia, ezen belül a fertőző betegek száma az utóbbi 5 évben állandósult (mintegy 16 ezer nyilvántartott betegből 3 és félezer a Koch-pozitív). A krónikus — felfedezésük után 2 évvel is fertőző — betegek tulajdonképpen a terápiás program kudarcát jelzik. Ennek az epidemiológiai prognózis szempontjából különösen jelentős csoportnak prevalenciája az utolsó évtizedben csökkent számottevően (1970 = 29,4, 1980 = 5/100 000) (19) és 1981 végén összesen 460 krónikus fertőző tbc-s beteg volt hazánkban.

A tbc-járvány jövőbeni várható alakulása

Fell kell figyelni arra a jelenségre, hogy a tuberkulózis incidenciájának és a halálozási arányoknak 1950 óta észlelt meredek csökkenése a 70-es évek óta lelassult (9, 13, 22). Előreszámítások szerint a tuberkulózis megbetegedések és halálos esetek görbéje az ezredfordulóig ellaposodik, állandósul (15).

A fejlődő országokban, ahol a tbc-s betegek túlnyomó többsége él, és ahol a tuberkulózis ma is az elterjedt súlyos népbetegségek közé tartozik, a jövőben nem számíthatunk arra, hogy a járvány

3. táblázat. **TBC incidencia (1976–77)**

‰/0000	Ország
< 10	Dánia, Norvégia
11–25	Anglia, Hollandia, NDK, Svédország, Svájc
26–50	Ausztria, Bulgária, Finnország, Magyarország, NSZK
51–75	Belgium, Csehszlovákia, Lengyelország, Románia, Jugoszlávia
76–100	Görögország

lefolysa magától is kedvezően fog alakulni. Ezekben az országokban hatásos intézkedésekre, az egész országra kiterjedő komplex és folyamatos tbc-elleni programra van szükség ahhoz, hogy el lehessen érni a fertőződési lánc — a transzmisszió — megszakítását, a fertőzés további terjedését. Figyelembe véve a reális lehetőségeket, ez a program a következő célok megvalósítását tűzheti ki:

- a még nem fertőzöttek védelme BCG-oltással,
- a direkt mikroszkópos vizsgálattal is fertőző betegek „passzív”, (azaz panaszok alapján történő) felkutatása és gyógyszeres kezelése.

A fejlődő országok jelenlegi körülményei között sajnos még az ilyen minimális program gyakorlati megvalósítása is nagyon kétséges, főként az egészségügyi intézmények és személyzet, valamint az infrastruktúra hiánya és a meglevők egyenlőtlen elosztása miatt (24).

A megoldást a tbc-elleni programnak az elsődleges egészségügyi ellátás rendszerébe történő integrálása jelentheti. E stratégia segítségével reméli a WHO az „Egészséget mindenkinek 2000-re” jelmondat megvalósítását.

Magyarországon természetesen a tuberkulózis-probléma más szinten jelentkezik, de a hazai járványnak is vannak egyelőre megválaszolatlan kérdőjelei, főként a járványgörbe ellaposodása és a további teendők vonatkozásában.

A góchordozók már említett jelentős részvétele a morbiditásban, vezetett ahhoz a felismeréshez, hogy egy terület incidenciája szoros összefüggést mutat a góchordozók számával (18).

Becslésünk szerint az ezredfordulóig a góchordozók közül még mintegy 15 000 új megbetegedésre számíthatunk, főként az idősebb korcsoportokból. Számuk csökkentése jelen ismereteink szerint tömeges chemoprophylaxis alkalmazásával volna lehetséges (28). További lehetőség kínálkozik a járvány eredményes befolyásolására a veszélyeztetett lakosságcsoporthok, főként a fiatal felnőttkorúak megbetegedésének csökkentésére:

- a fertőző betegek kontaktjainak hatásos védelmével, a fertőzött kontaktok kellő ideig tartó prophylaktikus kezelésével,

- a serdülőkorúak BCG revakcinációjának teljessé tételével,
- a betegfelkutatás racionális módosításával, a szűrővizsgálatoknak a veszélyeztetett lakosságcsoporthokra, régiókra (megyékre) történő koncentrálásával, valamint az egyéb felkutatási módszerek (passzív felkutatás, bakteriológiai szűrés, tuberkulin-teszt) következetesebb alkalmazásával.

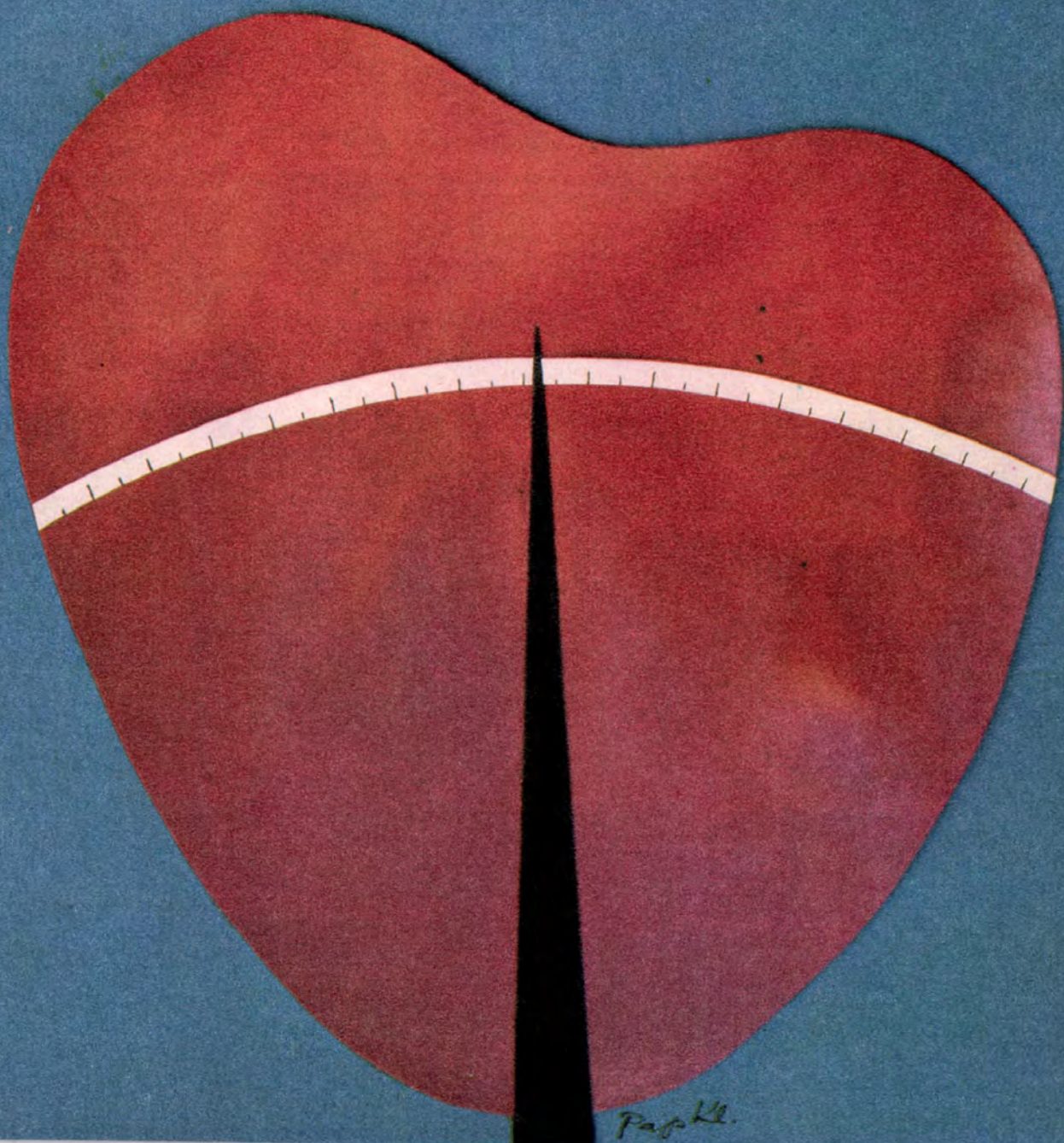
A program célkitűzése rövidebb távon a transzmissziók számának gyorsabb csökkentése, hosszabb időre azok teljes megszüntetése. Ily módon vezethet a gümőkór felszámolásának előttünk álló időszaka a teljes eradikáció szakaszába.

A Tbc-elleni Nemzetközi Unió és az EVSZ Koch-centenáriumú jelmondata: „Most és végleg győzzük le a tuberkulózist”, tehát hazánkban nem elérhetetlen célkitűzés, de teljes megvalósítása erőfeszítéseket igényel.

IRODALOM: 1. Aloch, J. A.: Bull. Union Int. Tuberc. 1978, 4, 222—223. — 2. Bleiker, M. A., Styblo, K.: Atemw. Lungenkr. 1980, 2, 63—67. — 3. Bulla, A.: Bull. Union Int. Tuberc. 1981, 56, 111—117. — 4. Crofton, J.: Bull. Union. Int. Tuberc. 1980, 55, 93—99. — 5. Cummings, S. L.: Amer. Rev. Tuberc. 1927, 16, 1. — 6. Edwards, P. Q.: Hlth. Serv. Rep. 1973, 88, 6. — 7. Grzybowski, St., Enarson, D. A.: Bull. Union. Int. Tuberc. 1978, 2, 70—75. — 8. Grzybowski, St.: Chest, Suppl. 1979, 76, 6. — 9. Gubéran, E.: Schweiz. med. Wschr. 1980, 110, 574—583. — 10. Herschfield, E. S.: Chest, Suppl. 1979, 76, 805—811. — 11. Holm, J.: Intern. Tub. Digest. 1970, 5. — 12. Koch, R.: Berliner Klin. Wschr. 1882, 15. — 13. Kuhn, H.: Mitt. Österr. Sanitätsverw. 1978, 79, 1—7. — 14. Lock, W.: Prax. Pneumol. 1979, 33, 555—560. — 15. Lock, W.: Prax. Pneumol. 1978, 32, 529—536. — 16. Magnus, K.: Bull. Wld. Hlth. Org. 1966, 35, 483. — 17. Mosolygó D.: Kandidátusi Disszertáció, Budapest, 1962. — 18. Németh T.: Doktori Disszertáció, Budapest, 1976. — 19. Németh, T., Nyárády I., Vadász I.: Pneumol. Hung. 1980, 33, 331—340. — 20. Simon, G.: Öff. Gesundh. 1979, 41, 857—871. — 21. Sodhy, J. S.: Bull. Union Int. Tuberc. 1978, 4, 223—225. — 22. Steinbrück, P.: Z. ärztl. Fortbild. 1978, 72, 218—222. — 23. Styblo, K., Meijer, J., Sutherland, I.: T. S. R. U. Rep. N° 1. Bull. Union Int. Tuberc. 1969, 42, 5—104. — 24. Styblo, K., Rouillon, A.: Bull. Union Int. Tuberc. 1981, 56, 118—126. — 25. Styblo, K., Meijer, J.: Bull. Union Int. Tuberc. 1978, 4, 283—294. — 26. Schweiger, O., Németh, T., Nyárády, I., Vadász, I.: Pneumol. Hung. 1979, 32, 530—538. — 27. Vadász, I., Németh, T., Nyárády I.: Pneumol. Hung. 1982, 35, 61—68. — 28. Vadász I., Páricsi I.: Pneumol. Hung. 1978, 31, 111—114. — 29. WHO Chronicle 1975, 29, 377—386.

TOBANUM[®]

tabletta





TOBANUM[®] tabletta

ÖSSZETÉTEL: 1 tabletta 5 mg cloranololum hydrochloricumot tartalmaz.

JAVALLATOK: Hipertónia: enyhe és mérsékelt magas vérnyomás esetén önmagában vagy szaluretikummal, mérsékelt és súlyos hipertóniában szaluretikummal, metildopával és/vagy perifériás értágítóval kombinálva; **angina pectoris**; különböző szívritmuszavarok: paroxysmalis supraventricularis tachycardia (a roham megszüntetésére és a paroxysmusok megelőzésére), krónikus pitvarfibrilláció (digitálisszal kielégítően nem befolyásolható kamrai frekvencia csökkentésére és más antiaritmiás szerrel, pl. kinidinnel a sinus-ritmus helyreállítására és fenntartására), ventricularis extrasystolia (különösen, ha azt adrenerg izgalom, pl. terhelés vagy digitális-intoxikáció okozza); **essenciális keringési hyperkinesis**; **hypertrophias obstruktív cardiomyopathia**; **hyperthyreosis**: a thyreostatikus kezelés adjuválsására.

ELLENJAVALLATOK: Abszolút ellenjavallatok: digitálisszal és diuretikummal nem kompenzálható keringési elégtelenség (a digitális pozitív inotrop hatását nem függeszti fel, ezért a keringés kompenzálása után a digitális-, ill. a diuretikus terápia folytatása mellett adása nem ellenjavallt), asthma bronchiale, ill. egyéb eredetű súlyos obstruktív légzési elégtelenség, bradycardia (50/min. alatti nyugalmi szívfrekvencia), beteg sinus-csomó szindróma, másod- és harmadfokú atrioventricularis block, metabolikus acidózis.

Relatív ellenjavallatok: claudicatio intermittens és Raynaud-szindróma. Elegetendő tapasztalat hiányában terheseknek való adása nem javallt.

ADAGOLÁS: Kezdő adagja felnőtteknek naponta 2-3 × 1/2 tabl. A betegség súlyosságától függően adagja másod-harmadnaponta emelhető a kívánt hatás eléréséig. Átlagos napi adagja 10-20 mg, maximálisan 45 mg.

MELLÉKHATÁSOK: Leggyakoribb a bradycardia, előfordulhat továbbá keringési elégtelenség, obstruktív légzészavar, claudicatiós panaszok fokozódása, gasztrointesztinális panaszok (nausea, diarrhoea), központi idegrendszeri tünetek (alvászavar, fejfájás), fáradékonyság, gyengeségérzés. A mellékhatások jelentős része, pl. az álmatlanság, nausea spontán, az adagolás megváltoztatása nélkül megszűnhet. Néhány tünet, pl. a bradycardia az adag csökkentésével megszüntethető.

GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁSOK:

Kombinációs kezelés során az együtt

adott egyéb vérnyomáscsökkentő gyógyszerekkel egymás hatását erősítik.

Fokozott óvatossággal adható

– catecholamin depletiót okozó gyógyszerekkel, pl. reszerpin, és adrenerg neuronbénítók, pl. guanetidin (bradycardia, ill. hipotenzió veszélye);
– inzulinval és orális antidiabetikummal (vércukorcsoökkentő hatása fokozódhat).

FIGYELMEZTETÉS: Tartós Tobanum-kezelés elhagyása – más béta-blokkolóhoz hasonlóan – csak fokozatosan, orvosi ellenőrzés mellett történhet. Szívelégtelenség, nagyfokú bradycardia vagy bronchusspasmus jelentkezésekor adagolását be kell szüntetni. Keringési elégtelenségben digitális és diuretikum adható; bradycardia esetén 0,5-1 mg atropin, ill. annak hatástalansága esetén béta-receptorizgató (pl. perccenként 5 µg, max. 25 µg izoprenalin) alkalmazható iv. Obstruktív típusú lég-

zészavarban iv. Diaphyllin és atropin adható.

A Tobanum elsősorban labilis és inzulinl igénylő diabetesben a hypoglykaemiás hajlamot fokozhatja és a hypoglykaemiával járó szimpatikus aktivitás tüneteit elfedheti, ezért a vércukorszint időnkénti ellenőrzése szükséges és az antidiabetikum-adagot adott esetben újra be kell állítani. Kloroform, éternarkózis alkalmazása esetén a műtét előtti napokban a Tobanum adását fel kell függeszteni. Ha béta-receptorblokkolót szedő beteg általános érzéketlenítése szükséges, lehetőleg csekély inotrop hatású készítményt (halotan, nitrogénoxidul) kell választani.

MEGJEGYZÉS: ✱ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

CSOMAGOLÁS: 40 db tabl.

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST



SZÉKELY JUDIT DR.,
BIHARI-VARGA
MAGDOLNA DR.
ÉS GRUBER ÉVA

Nagy sűrűségű lipoproteidek szintje arteriosclerosis obliteransban

Korányi Frigyes és Sándor Kórház-Rendelőintézet, II. Belgyógyászati Osztály
(főorvos: Székely Judit dr.)
Simmelweis Orvostudományi Egyetem II. Kórbonctani Intézet
(igazgató: Jellinek Harry dr.)

A szerzők arteriosclerosis obliteransban szenvedő betegek plazmájának HDL-cholesterin szintjének alacsonyabbnak találták, mint egészségesekben. Nőkön az értékek magasabbak, mint férfiakon, a korral való összefüggés nem egyértelmű. A HDL-cholesterin szint a kórfolyamat súlyosságáról és kiterjedéséről nem ad felvilágosítást.

Level of high density lipoproteins in arteriosclerosis obliterans. The average HDL-cholesterin level was found lower in patients suffering from arteriosclerosis obliterans than in healthy persons. Values are higher in women than in men, relation to age is not definite. The HDL-cholesterin level fails to give information on the severity and extension of the course of the disease.

A plazma alacsony high-density lipoprotein (nagy sűrűségű lipoproteinek, továbbiakban HDL) szintje az ischaemiás szívbetegség rizikótényezőjének tekinthető (1), a szervezet cholesterolin tartalma és a serum HDL szintje között fordított arány áll fenn (2). A HDL protektív hatásának pathomechanizmusa nem tisztázott teljesen, de ismeretes, hogy a HDL egyik frakciója, a HDL₂ a lecithin-cholesterin acetyltransferase enzimnek szubsztatja (3) és így szerepet játszik a cholesterolinnek a perifériás szövetekből a májba való visszajuttatásában (4). Felteszik, hogy a HDL elősegíti a cholesterolin eltávolítását az artériafalból, s ily módon gátolva az atheroma kialakulását, de ismeretes olyan felfogás is, mely szerint a HDL és a kis sűrűségű lipoproteidek (low-density lipoprotein, LDL) között a kapcsolat kompetitív, s HDL túlsúly esetén az artériafal sejtjei kevesebb LDL felvételére képesek (5). A HDL cholesterolint felszabadító hatása szövetnyészetben is reprodukálható (2), sőt, képes az LDL cytotoxicitásának gátlására is (6). Újabban kimutatták, hogy a HDL feloldja a cholesterolin kristályt, míg az LDL-nek ilyen hatása nincs (7). Tisztázódott, hogy a májban epesavakká oxidálódó cholesterolin legfontosabb forrása a HDL (8).

Miller és Miller (9) 1975-ben megjelent közleménye óta a HDL védő hatásával foglalkozó vizsgálatok száma jelentősen megnőtt, a hazai irodalomban is többen beszámoltak eredményeikről (10, 11, 12, 13). Kevés a megfigyelés azonban a HDL szint alakulására vonatkozóan arteriosclerosis obliteransban (a. o.), (14, 15, 16). Magunk korábbi vizs-

gálatainkban alacsony lélekszámú betegcsoportban a plazma HDL-cholesterin szintjét alacsonyabbnak találtuk, mint egészségesekben (13). E vizsgálatokban nagyobb számú beteg kívántuk a kérdést tisztázni.

Anyag és módszer

186, a. o.-ban szenvedő beteget (91 férfi, 95 nő) vizsgáltunk, életkoruk 51–90 év volt. A betegség kritériumául beszükkült oscillációs értékeket és típusos claudicatiós fájdalmakat fogadtuk el. A betegeket nem, kor (két korcsoport: 51–70, 71–90 év) és a kórfolyamat kiterjedése, valamint súlyossága szerint csoportokba osztottuk. Eszerint megkülönböztettük az egy és két végtagra lokalizálódó kórfolyamatot: a súlyosságot a fennálló, vagy az anamnézisben szereplő gangraena jelezte, továbbá a műtéti beavatkozások (reconstructio, bypass, sympathectomia, amputatio). A vizsgálatból kizártuk mindazon betegeket, akiknél a klinikai kép és az EKG coronariasclerosis fennállását valószínűsítette, vagy myocardialis infarctuson estek át, továbbá azokat a betegeket, akiknek anamnézisében múlt vagy maradandó göctünetekkel járó cerebrovascularis insultus szerepelt. Kontrollként olyan 60 év feletti 100 egyént vizsgáltunk, akiknek az anamnézise és vizsgálata vascularis folyamat szempontjából negatív volt, nem szenvedtek diabetes mellitusban és nem voltak hyperlipidaemiások. A vérvétel EDTA-ba történt (1 mg/ml), 12 órás éheztesítés után. Az összkolesterolin és HDL-cholesterin meghatározást Warnick és Albers (17) által módosított heparinmangános praecipitációs módszerrel (18) végeztük.

Eredmények és megbeszélés

A táblázat adataiból leolvasható, hogy a. o.-ban szenvedő betegek plazmájának HDL-cholesterin szintje átlaga igen erősen szignifikánsan alacsonyabb, mint a kontrolloké. A két nem HDL-choles-

Szignifikancia-számítások eredményei

(Student-féle t-test)

	Beteg ffi —kontroll ffi	Beteg nő —kontroll nő	Beteg ffi —beteg nő
Összchol.	$t_{1,2}=6,87$ $p<0,001^{xxx}$	$t_{1,2}=4,73$ $p<0,01^{xx}$	$t_{1,2}=2,777$ $p<0,02^x$
HDLchol.	$t_{1,2}=7,01$ $p<0,001^{xxx}$	$t_{1,2}=6,93$ $p<0,001^{xxx}$	$t_{1,2}=4,254$ $p<0,01^{xx}$

ebben a vonatkozásban azonban nem tudtunk különbséget kimutatni. Hasonlóan nemleges választ kaptunk a kórfolyamat súlyossága és a HDL-cholesterin szint közötti összefüggés vizsgálatakor. Más szerzők (14) is arra a megállapításra jutottak, hogy a HDL-cholesterin értéke a kórfolyamat súlyosságáról és kiterjedéséről nem ad felvilágosítást. Mindezekből azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a HDL a. o.-ban éppúgy protektív hatással

Plazma HDL-cholesterin és HDL-cholesterin/összcholesterin szint arteriosclerosis obliteransban és kontrollokban

Diagnózis	Nem	Szám	Összchol. mmol/l \pm S.D.	HDLchol. mmol/l \pm S.D.	HDLchol/összchol. mmol/l \pm S.D.
Beteg	ffi	91	4,88 \pm 1,43	1,009 \pm 0,28	0,222 \pm 0,067
	nő	95	5,09 \pm 1,21	1,043 \pm 0,24	0,215 \pm 0,074
Kontroll	ffi	50	5,15 \pm 1,19	1,305 \pm 0,236	0,253 \pm 0,071
	nő	50	5,45 \pm 1,17	1,432 \pm 0,230	0,263 \pm 0,080

terin értékei közötti irodalmilag is elfogadott különbséget vizsgálatainkban is megtaláltuk, a nőké erősen szignifikánsan magasabb volt, mint a férfiaké. Eredményeinket korábbi adatainkkal (13) összehasonlítva azt találtuk, hogy a. o.-ban szenvedő betegek HDL-cholesterin szintje alacsonyabb, mint coronariascclerosisban és cerebrovascularis folyamatokban.

A korral való összefüggés vizsgálata érdekében mind a férfiakat, mind a nőket két korcsoportba osztottuk: 51–70, ill. 71–90. A két férfikorcsoport HDL-cholesterin szintje között matematikailag értékelhető különbséget nem találtunk, míg nőknél a különbség igen erősen szignifikáns volt. az idősebb korcsoportban magasabb mint a fiatalabbban. Korábbi vizsgálataink során (13) coronariascclerosisban és cerebrovascularis betegségben szenvedőkben nőknél hasonló tendenciát találtunk.

Az a. o. és a HDL-cholesterin szint között összefüggést keresve tekintetbe vettük, hogy egy vagy két végtagra lokalizálódik-e a kórfolyamat,

rendelkezik, mint coronariascclerosisban és cerebrovascularis folyamatokban, de a kórkép súlyosságával és kiterjedésével értékelhető párhuzamot nem mutat, így prognosztikailag nem használható.

IRODALOM: 1. Hopkins, P. N., Williams, R. R.: Atherosclerosis, 1981, 40, 1. — 2. Miller, N. E.: Lipids, 1978, 13, 914. — 3. Glomset, J. A.: Am. J. clin. Nutr., 1970, 23, 1129. — 4. Glomset, J. A.: J. Lipid. Res., 1968, 9, 15. — 5. Carew, T. E. és mtsai: Lancet, 1976, 1, 1315. — 6. Hessler, J. R., Robertson, A. L., Chisolm, G. M.: Atherosclerosis, 1979, 32, 213. — 7. Adams, C. W. M., Abdulla, Y. H.: Atherosclerosis, 1978, 31, 465. — 8. Schwartz, C. C., Halloran, L. G., Vlahcevic, Z. R.: Science, 1978, 200, 62. — 9. Miller, G. J., Miller, N. E.: Lancet, 1975, 1, 16. — 10. Pados Gy. és mtsai: Orv. Hetil. 1980, 121, 375. — 11. Lélek I.: Orv. Hetil. 1980, 121, 1675. — 12. Romics L. és mtsai: Orv. Hetil. 1980, 121, 3113. — 13. Székely J., Bihari-Varga M., Gruber É.: Orv. Hetil. 1981, 122, 441. — 14. Bradby, G. W. H., Valente, A., Walton, K. W. L.: Lancet, 1978, 2, 1271. — 15. Zilcher, H., Kaliman, J., Müller, M.: Lancet, 1978, 1, 558. — 16. Meerlo, J. H., Billimoria, J. D.: Atherosclerosis, 1979, 33, 267. — 17. Warnick, G. R., Albers, J. J.: Lipid. Res., 1978, 19, 65. — 18. Srinivasan, S. R., Berenson, G. S.: Clin. Chem., 1977, 23, 912.

MEGRENDELHETI**külföldre bárhová, forintbefizetés mellett****az ORVOSI HETILAP-ot****Posta Központi Hírlap Iroda, Budapest V., József nádor tér. Tel.: 180-850**

SZABÓ ELEMÉR DR.,
SZABÓ GYULA DR.
ÉS SIMON GYÖRGY DR.

A 0-18 évesek audiológiai szűrővizsgálata

Szabadság-hegyi Gyermekgyógyintézet (főigazgató főorvos: Simon György dr.)
Fül-Orr-Gége Osztály és Hallásrehabilitációs Állomás (főorvos: Szabó Elemér dr.)
Szervezési és Módszertani Osztály (főorvos: Szabó Gyula dr.)

A szerzők országos audiológiai, ill. -metriai szűrőprogram tervezetét dolgozták ki 0—18 éves korig. A szűrést újszülöttkorban, ill. hathónapos korig (1) iskolaalkalmasság (2), pályaválasztási alkalmasság orvosi vizsgálat részeként (3) javasolják, melyet befejez a 17 éves korban (4) — már funkcionáló — audiometriai szűrés. A halláskárosodottak felkutatását az újszülöttre szlegek nővérei, a körzeti védőnők és a középfokú képzésben részesülő tanulókat ellátó egészségügyi szolgálatok asszisztensei végeznék, célzott továbbképzésük után, MEDICOR audiometerekkel. A kivizsgálást, a definitív ellátást a progresszív betegellátás rendszerében egymás fölé rendelt fül-, orr-, gégeészeti és audiológiai szakrendelések, gondozók, kórházak, centrumok, klinikák végeznék előjegyzéssel. Táblázatot közölnek a halláskárosodott fiatalok által választható szakmákról. Külön fejezetet szentelnek a szűrés feltételeinek, a dokumentációnak, az ellenőrzésnek tervezett megvalósítására. Szükségesnek vélik, ezért javasolják a művelődésügyi szervek bevonását a hallás(-re)habilitáltak jó munkahabilitációja érdekében.

Proposal of audiological screening organization for the population aged 0—18 in Hungary. The authors dealt with the organization of the audiological screening for the population aged 0—18 in Hungary. The terms of investigation are: 1. about birth, or at the 6th month of age; 2. before going to school; 3. at the age of 13—14; and 4. before entering service. The screening should be done by the district nurses under supervision of 7 audiological centres and, with MEDICOR audiometers. The rehabilitation of hearing impaired children would be based upon the E. N. T. medical background. Administrative organization problems are also discussed. The authors would like to give advices too to chose different jobs hearing impaired adolescents.

A nagyothallás népbetegség, mely a lakosság 10⁰/₀-át taszítja a fogyatékosok hátrányos helyzetébe (31). A maradandó halláscsökkenést előidéző betegségek közül az orvostudomány a gyógyító-megelőző ellátással már sokat megelőz, gyógyít, ill. gyógyászati segédeszközzel korrigál, de számos gondunk megoldatlan még (10). A technika, a kemizáció, az urbanizáció fejlődésével észrevehetően nőtt a magzati károsodások és a kis súlyú újszülöttek száma. A károsodások érintik az érzékszerveiket, ill. az érzékszervi funkcióikat is (33). A hallás-fogyatékoság lehet genetikusan determinált, keletkezhet az intrauterin élet folyamán, születés közben (16), vagy később. Csoportosíthatjuk a tünetegyüttest a felderítésére, megszüntetésére, csökkentésére vagy korrekciójára, s a beteg szakgondozására és rehabilitációjára felkészült diszciplínák szerint [neuro-, oto(-re)habilitáció, logopedia]. A halláscsökkenés megkésített beszédfejlődést, beszédhibát okozhat szellemi visszamaradással. A súlyos

nagyothallás pedig süketnémasághoz vezethet, ha egy—másfél éves korig nem ismerik fel. A pedoaudiológiai ellátásnak nincsen alsó korhatára! Az eredmények annál jobbak, minél korábban kezdjük a betegekkel való foglalkozást (15, 22, 32). Götte (15) és Katona (22) szerint az újszülöttek neuro(-re)habilitációja részeként végzett hallás(-re)habilitáció optimuma a 7—8 hónapos korról zárul, ezért a szűrést követő rehabilitációs tevékenységnek az első fél éves korban kezdetét kell vennie. A hallásfogyatékos gyermekeknek csak kis hányada a teljesen süket. Nagyobb részük a beszéd elsajátításához alkalmas hallással vagy hallásmaradvánnyal rendelkezik (11).

Az audiológiai szűrés iránt világviszonylatban érdeklődés mutatkozik, különösen az alsó fokú iskolások hallás(-re)habilitációja áll a kutatás és szervezés előterében (1, 5, 8, 16, 18, 20, 21, 28, 29, 44, 45).

Egyikünk külföldi tanulmányútjai során (36) Dániában, NSZK-ban, USA-ban ellátogatott gyermekek audiológiai szűrését végző centrumokba és



a tapasztalatokat itthon hasznosította, több audiológiai szűrést kezdeményezővel együtt. Így Götze (14), Tolnai (42), Tolnai és Sashalmi (43), Halmos és mtsai (17), Gabnai, Galántai és Gárdonyi (9), Dévald (4), Lampé és Pap (24), Draskovich (6), Surján és Pálfalvi (31), Kollár (23), Szabó és mtsai: (33, 35), Borbényi és Molnár (2), Radnai, Papp és Faragóné (27) a működési területük óvodásainak iskolaalkalmassági vizsgálatát hallásuk ellenőrzésével egészítették ki. Az érzékszervi funkciók tisztázása kiküszöbölhet olyan — megtörtént — tévedést, hogy ép szellemi képességű gyermekeket — gyógyítható halláscsökkenése miatt — kiegészítő iskolába járatnak (37).

A hallás vizsgálatát csecsemőkorban, iskolaalkalmassági, továbbtanulási és pályakezdeményező orvosi vizsgálatok alkalmával érvényes jogszabályok kötelezően írják elő. A feltételek hiánya, a nem egyforma szintű végrehajtás következtében azonban — sajnos — az enyhébb hallászavarok gyakran rejtettek maradnak. Szükséges ezért a 0—18 éves korúak folyamatos és meghatározott korcsoportonkénti audiológiai, fül-, orr-, gégeészeti és logopédiai, egységes szűrővizsgálatának megszervezése. (10, 32).

Az audiológiai szűrés alanyjai

Magyarországon az 1980. évi census szerint a 0—18 évesek száma 2 759 611 (7). Közöttük 140 000 volt az újszülött. Számuk évről évre csökken. Az óvodás korú

évfjártak létszáma ennél valamivel magasabb. Általános iskolába 1 125 000 gyermek járt, akiknek némileg több, mint egyenlő részét kell szűrni az iskola utolsó előtti tanévében, a pályaválasztás előkészítéskor. A középiskolákban tanuló 196 000 diák negyedét, a szakmunkástanulók 138 000 körüli létszámának harmadát részesítik audiológiai szűrésben a már kialakult gyakorlat szerint. A szűrési feladatok közigazgatási területenként rendkívül eltérőek a megyénként igen különböző 0—18 éves lélekszám következtében (lásd ábra).

A chronicus betegségben szenvedők orvosi rehabilitációja a felkutatásból, nyilvántartásba vételből, gyógyításból és gondozásból áll. Az első két feladat megszervezésére készítettük el a javaslatunkat. A hallásfogyatékosok felderítésére, a szűrővizsgálatok teljes körűvé tételére az alapellátást tartjuk a legmegfelelőbbnek az újszülöttkori intézeti gondozás befejeződése után. Minden Magyarországon élő fiatal egészségi állapotának a figyelemmel kísérésére — a fogamzástól a felnőtté válásig — az egész országot átfogó védőnői hálózat működik. Segítségével megvalósulhat az audiológiai szűrés előkészítése, megszervezése, végrehajtása, a nyilvántartás készítése és az aktív gondozás teljesítése tétele 14 éves korig. Az alapellátást végző munkacsoport vezetője — a védőnők munkájának közvetlen irányítója, a körzeti gyermekorvos (gyermeklakosságunk 53⁰/₀-a ebben az alapellátási formában kapja az első orvosi ellátását), ill. az általános körzetben dolgozó orvos — köteles a védőnők által végzett audiológiai szűrésen kiemelt gyermekeket a progresszív betegellátás szakkonziliáriusi lépcsőfokain (fül-, orr-, gége szakrendelés, járási vagy városi kórház, megyei kórház) elindítani a regionális fül-, orr-, gégeészeti és audiológiai centrumok felé. A különböző szinteken a szűrőskor felmerült gyanú tisztázódik, s a rászorulóknak hallás(-re)habilitációja mielőbb elkezdődik. A szűrővizsgálatokon gyanúsak találtak és a halláskárosodottak kivizsgálásának és ellátásának a megoldása a következő feladat. Az audiológiai állományok túlterheltek, némelyiknek a felszerelése sem kielégítő, ezért az audiológiai ellátási rendszer átfogó rendezése szükséges. Úgy gondoljuk, hogy előjegyzéssel megoldható a szűrés következtében — átmenetileg tetemesen — megnövekedő feladat. Az audiológiai centrumok terheinek becsléséhez kívánunk segítséget nyújtani az 1. ábra adataival.

1. táblázat. Audiológiai szűrési naptár

Szűrések sorszáma	Szűrésben részesülők korcsoportjai	A szűréssel kiegészülő kötelező orvosi vizsgálatok
I.	Újszülöttkor, ill. hat-hónapos kor	A hazabocsátást megelőző orvosi vizsgálat. A csecsemők havonként kötelező egészséges tanácsadási vizsgálatának része, ill. védőnői látogatásnak a része
*	Hároméves kor	A kötelező statusvizsgálat része
II.	Négy-hat éves kor	Az iskolaérettség orvosi vizsgálatának a része
III.	Tizenhárom-tizenéves éves kor	Az általános iskolai tanulmányaikat befejező tanulók pályaválasztási orvosi alkalmassági vizsgálatának a része
IV.	Tizenhét éves kor a) fiúk b) leányok	A honvédelmi oktatásra kötelezettek orvosi alkalmassági vizsgálatának a része Iskolaorvosi, ifjúságorvosi, üzemorvosi kötelező szűrővizsgálat része, továbbtanulás előtti, vagy a munkaalkalmassági orvosi vizsgálat része, — a már kialakult gyakorlat folytatása mindkét nemnél —

2. táblázat. **Nagyothallók és siketek számára ajánlható szakmák**

I. Nagyothallók részére ajánlható szakmák
(Hangos társalgási beszédet hall)

Műszeriparban: Elektronikai műszerész Látszerész Mechanikai műszerész Orvosi műszerész	Nyomdaiparban: Betű- és tömöntő Kéziszedő Könyvkötő Mélynymoló-marató Nyomdai fényképész Nyomdai fénymásoló Nyomdai marató Nyomdai montőr Nyomdai retusőr
Építőanyag-, kerámia- és üvegeiparban: Gipszmintakészítő Üvegfestő	Textiliparban: Mű- és gépihimző
Faiparban: Csónaképítő Faszobrász Intarziakészítő	Vegyes- és szolgáltatóiparban: Címfestő Fényképész Fogműves Kárpitos Kefekötő Kosárfonó
Bőr- és szőrmeiparban: Bőrdíszműves Cipész Kesztyűs Szőgyártó Szűcs	Növénytermesztésben: Dísznövénykertész Gyümölcsstermesztő Szőlőmetsző Zöldségtermesztő
Ruházati iparban: Fehérneműkészítő Férfiszabó Fűzőkészítő (kötyszerész) Kalapos és sapkakészítő Angol női szabó Francia női szabó	Állattenyésztésben: Baromfitenyésztő Laboratóriumi kisállattenyésztő
Építőiparban: Cserépkályhás	

II. Siketnémák részére ajánlható szakmák

(Siketnémák Intézetében csoportos oktatásban megfelelő munkahely biztosításával)

Gépgyártás- és karbantartás, szerelőiparban: Lakatos	Textiliparban: Fonó Szövő Zsinórfonó
Műszeriparban: Elektronikai műszerész Gépjármű-villamossági műszerész Mechanikai műszerész Általános orvosi műszerész Orthopaed műszerész Átvitel- és távirótechnikai műszerész Kapcsolástechnikai műszerész	Bőr- és szőrmeiparban: Cipész Cipőfelsőrészkészítő
Faiparban: Bútorasztalos Intarziakészítő	Ruházati iparban: Férfiszabó
Nyomdaiparban: Könyvkötő	Vegyes- és szolgáltató iparban: Fényező és mázoló Fogműves Kárpitos

Az audiológiai szűrés korcsoportjai

Az egyes szűrési korcsoportok meghatározásakor a szakmai szükségletek mellett figyelembe vettük, hogy melyik korcsoport részesül — az érvényes jogszabályok szerint — kötelező orvosi vizsgálatban. Ezen korosztályok vizsgálatához kapcsolódna az audiológiai szűrés, megfelelő létszámú csoportok berendelésével, ill. felkeresésével. Ily módon nem maradhatna ki az ellenőrzésből a tanyá-

kon, elsősorban élő 200 000-re tehető 0—18 éves lakosunk sem. A szűrési feladatok áttekintésének megkönnyítésére szűrési naptárat készítettünk (1. táblázat).

I. audiológiai szűrési terminus: újszülöttkor

Az újszülöttkori hallásvizsgálatok körül még ma is élénk vita folyik, mert mindkét tévedési irányban nagy a hibaszázalék. Okai: a széles sávú vizsgáló zaj, a nagyobb intenzitásra bekövetkező reakciók, és az újszülöttek eltérő neurológiai érettsége, ami szintén fokozza a hallás megállapításának a bizonytalanságát.

Jogosan merül fel a kérdés, hogy exakt hallásmérés lehetséges-e az újszülöttkorban? Megéri-e a ráfordított idő és pénz a gyér eredményt? A kérdésekre az irodalom, saját (30, 34, 36) és mások (1, 3, 5, 8, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 28, 29, 32, 44, 45) tapasztalatainak összevetése ad helyes választ. Az újszülöttek és csecsemők audiológiai szűrésével a siketek, a közepes és nagyfokú nagyothallók felkutatása a cél, a minél korábbi hallás(-re) rehabilitáció érdekében. Az újszülöttkori audiológiai szűrés a kis határfok ellenére sem nélkülözhető, mert egyetlen gyermek megmentése a siketek számának sorsától már megéri a fáradságot. Az újszülöttek hallásvizsgálata eredményesebb az objektív audiometriás eljárások (ECoG., ERA., BERA., stb.) bevezetése óta (24, 31, 32). A közlemények és tapasztalataink alapján a veszélyeztetett újszülöttekkel, a zömükben kis súlyú újszülöttekkel különös gonddal kell foglalkoznunk, mert a nagyothallók többsége közülük kerül ki. A kis súlyú újszülöttek az újszülöttnépességnek valamivel több mint 10%-át képezik. A nagyothallásra és süketiségre hajlamosító egyéb tényezők megtalálhatóak a kézikönyvekben (32).

Az újszülöttek audiológiai szűrését érdemes az újszülöttellátás részévé tenni, hiszen hazánkban gyakorlatilag minden szülés intézetben történik. A hallásvizsgálatot az *újszülöttsztyály* kiképzett nővérei végezzék, a főnővér és a neonatológus (ill. ilyen feladatokkal megbízott pediater) szakorvos irányításával és felügyeletével. A vizsgálat elvégzését közvetlenül a hazabocsátás előtti napon javasoljuk. A szülőotthonokban született újszülöttek közül kiszűrtek audiológiai konzíliuma nem mindennél megoldott. A konzíliumra szállításuk sem mindig veszélytelen, ezért a kivizsgálásuk időpontját egyénileg kell meghatározni. (31 szülőotthon működik 725 ágygal.) Az audiológiai szűrésre tranzitorikusan alkalmatlan állapotban levő újszülöttek (immaturusok, morbus haemolyticus neonatorum-ban szenvedők — az általában meggyéknént összevont — Perinatalis Intenzív Centrumokban ápoltak stb.) audiológiai szűrését később, lehetőleg hazabocsátásuk előtt kell végezni. A tárgyi feltételek hiánya, a pathológiás újszülöttkor vagy bármi miatt elmaradt, ill. újszülöttkorban kétes eredményt adó szűréseket a csecsemők második trimestere végéig pótolni kell a csecsemő-tanácsadáson, a csecsemő otthonában vagy az audiológiai álmódon. *Tanácsstörvényünk* (1971) lehetőséget ad arra, hogy az első audiológiai szűrési terminust hat-

hónapos korral bezáróan rendelje el a Megyei (Fővárosi) Tanács V. B. Egészségügyi (Fő) Osztálya vezetője az érintett szakfőorvosokkal történt konzultáció útján. Ujszülöttkorban a hallásfogyatékosok gyakorisága 5–8‰ (13,30), ez Magyarországon évi 75–120 esetet jelent!

II. audiológiai szűrési terminus: négy-hat éves kor

A hallás(-re)habilitáció — elképzelésünk szerinti — teljes megvalósítására a túlterhelt fül-, orr-, gégeészeti és audiológiai hálózat jelenleg insufficiens. Ezért a hároméves korban kötelező gyermekgyógyászati statusvizsgálathoz köthető audiológiai szűrést csak a hálózat bővülése után érdemes megvalósítani. Tanácstörvényünk — a kivizsgálás és gyógykezelés feltételeinek a megléte vagy megtevése esetén — lehetővé teszi a helyi kiterjesztését erre a korosztályra. Javaslatunkat indokolja, hogy az 1–3 éves korra eső, hallás útján történő beszédtanulás egyik fontos tényezője a családon kívüli — érzelmi törésmentes — beilleszkedésnek. A tökéletessé tett, de legalább korrigált hallásnak a biztosítása — a csak szűréssel megvalósítható — orvosi rehabilitációs köteleességünk. Végül nem hanyagolható el, hogy ekkorra sok és sokféle antibiotikumban részesült már többségük, s e gyógyszerek között nem is egy károsíthatja a hallóideg működését. A szűrést védőnők végeznék a tanácsadó helyiségben, vagy a gyermek otthonában az alacsony zajszint biztosításának lehetőségei szerint.

Az óvodásoknak a beiskolázás előtti kötelező alkalmassági, iskolaérettségi orvosi vizsgálatát az Eü. M. és a Műv. M. 16/1964. számú együttes utasítása írja elő. Kiegészítésként a 40.293/1977. (Eü. K. 10.) Eü. M. számú irányelv az érzékszervi és pszichológiai vizsgálatok módszertani leírásával. Az audiológiai szűrővizsgálatokat ezek szem előtt tartásával végzik a legtöbb területen, hozzánk hasonlóan (33, 35, 40). Ideális lenne, ha a vizsgálatokat mindenütt audiológus szakasszisztens végezné fül-, orr-, gégeész (audiológus) szakorvossal az óvodákban, a legcsendesebb helyiségben. Amíg ez megoldhatatlan, az audiológiai szűrést célzottan képzett védőnő végezze az óvónők segítségével, a területileg illetékes körzeti orvos, vagy körzeti gyermekorvos irányításával.

III. audiológiai szűrési terminus: tizenhárom-tizenöt éves kor

Az általános iskolai tanulmányok befejezése előtt, a 13–14 éves tanulók pályaválasztás előtti orvosi alkalmassági vizsgálatának szerves része kell legyen a hallásuk ellenőrzése. A vizsgálatok eredményét dokumentálni kell az iskolások törzslapján. A szakmunkástanulónak jelemezők, különösen a zajos munkát vállalók fokozott figyelmet érdemelnek az audiológiai szűréskor (38, 39, 40). Emlékeztetünk arra, hogy az anaemiás és hormonegyensúly zavarral küzdő textilipari tanuló leányokon sokkal hamarabb, mint felnőtteken (már fél-, egy év után) találtak halláskárosodást (41). A pályaválasztáskor az alkalmasság orvosi elbírálásának felügyelete, egyben legmagasabb fellebbezési és

konzultációs fóruma a Szakmunkástanulók Országos Egészségvédelmi Intézete. Az általuk szerkesztett, többször átdolgozott, nemzetközileg elismert, sőt, több országban felhasznált „Orvosi útmutató” (25) felsorolja a tökéletessé nem tehető hallású fiataloknak a választható szakmát (2. táblázat).

IV. audiológiai szűrési terminus: tizenhét éves kor

Az utolsó fiatalkori szűrés 17 éves korban aktuális. Az audiológiai szűrés része a honvédelmi oktatásra kötelezettek orvosi alkalmassági vizsgálatának, dokumentáltan. Leányok audiológiai szűrésének a megtörténtét a továbbtanulási alkalmasság igazolásán jelezni kellene. A közép- és felső fokú oktatásra nem jelentkező vagy onnan kimaradó leányok esetében a munkaalkalmassági vizsgálat szerves része kellene legyen az audiológiai vizsgálat. Emlékeztetünk arra, hogy mind a munkahelyeken, mind a fegyveres szolgálat közben lehet zajkárosodást, ill. dőrejtálmalt szerezni. A későbbi kártérítési viták elkerülése érdekében gondoskodni kell az audiológiai vizsgálat eredményének dokumentálásáról a Dolgozók Egészségügyi Törzslapján (B-3161-4. r. sz.), még a munkába állás, ill. a bevonulás előtt.

Az audiológiai vizsgálatokat ifjúságorvosi vagy üzemorvosi szolgálat szakasszisztensei végezzék fül-, orr-, gégeész (audiológus) szakorvos felügyelete mellett, minél előbb, mindenütt.

Dokumentáció és nyilvántartás

A kivizsgált halláskárosodottaknak — az elrendelt, korcsoportonként különböző (41.213/1975. Eü. 1981. II. 5.) — törzslapján dokumentálni kell mind a dg.-t, mind a bejelentés megtörténtét. A bizonyítottan halláskárosodottak nyilvántartása az Egészségügyi Minisztérium Szervezési, Tervezési és Információs Központjának számítógépén történne oly módon, hogy minden beteget be kell jelenteni — a kidolgozás stádiumában levő — Általános Betegségi Bejelentő rendszerben, ami a chronicus, rehabilitációra szolgáló betegek figyelemmel kísérését szolgálja. A számítógépes adatokról tájékoztatást kapnak a megye szakmai illetékesei és az audiológiai központok. A kiszűrt nagyothallók döntő többsége — szerencsére — a gyermekkorban elvégzett fül-, orr-, gégeészeti beavatkozással (adenotomia, tubaperforáció, orrmelléküreg-gyulladás szanálás, fülműtétek stb.) teljesen gyógyítható. Más részükön hallókészülékkel korrigálható a hallás. Mindkét csoportban lezárul a hallás(-re)habilitáció. A tökéletessé tett hallást és a halláskorrekciót egyaránt dokumentálni kell mind a törzslapokon, mind a központi nyilvántartásban, a — tervezett — kötelező bejelentővel. A központi nyilvántartás csak ilyen feltételek mellett tudja hatékonyan segíteni az egészségügyi tervezést — a későbbiekben felmerülő fül-, orr-, gégeész, audiológus szakorvosképzésnek, a műtétek várható száma technikai feltételeinek, a halláskorrekcióhoz szükséges hallókészülékek beszerzésének helyes méretezését — a hallás(-re)habilitáció feltételeinek folyamatos biztosítása, az új generáció minél egészségesebb felnövekedése érdekében. Napjainkban az óvodáskorúak között 4–500 a speciális ellátást igénylő nagyothalló és 150 a süket. Az iskolásoknak 4–6‰-a hall rosszul (10).

Az audiológiai szűrés feltétele

Az audiológiai vizsgálatokhoz olyan helyiséget kell választani, amelyben a zajszint alacsonyabb, mint 20 dB.

I. Újszülött- és csecsemőkorban a metodikát illetően nincs egységes álláspont. Legjobbnak tartjuk (30, 34) — a munkánkat segítő szakemberek véleményével egybehangzóan — a *Relke és Frey* (28) által alkalmazott módszert: a készüléket az újszülött fülétől 10 cm-re helyezzük el, s mindkét oldalon külön-külön vizsgálunk. A — 90 dB fehér zajt adó — hanginger maximum 5 sec.-ig keltjük, s megfigyeljük a reakciókat: 1. *meglepetési reflex*: nyitott szemhéjait gyorsan bezárja, ill. a zárt szemhéjait összerándítja; 2. *mozgási reflex*: az addig nyugodt gyermek rugdalózni kezd, karjaival gyakran átöleli mozdulatot végez; 3. *kiáltási reflex*: sírni kezd és ezt kellemetlen ingerek mimikája vezeti be (homlokcráncolás, lefelé görbülő szájjug); 4. *légzési reflex*: igen mély lélegzetvételt, amit kis apnoe követ, majd néhány felületlen légvételt észlel a vizsgáló. A természetes légzés 10 sec. után tér vissza; 6. *ébredési reflex*: az alvó gyermek felébred.

A két fül vizsgálata között tanácsos 20 sec. szünetet tartani. Étkezés után közvetlenül sohase vizsgálunk, várjunk egy órát, különben csökken az akusztikus ingerekre adott reflexválasz. Az újszülötteken nem jelentkezik egyszerre mindegyik reflex. Akkor tartjuk jónak a hallását, ha a felsorolt reflexek közül három aktiválódik. Az újszülöttek reflexkészsége hamar kimerül. Az első alkalommal adott élénk reflexválasz ismétlések után bizonytalanná válik, majd teljesen megszűnik. Egy szűrési alkalommal csak néhány hanginger alkalmazhatunk. A következő évés után egy órával újabb kísérletet tehetünk. Ismételt gyanús eredményű hallásvizsgálat után a gyermeket előjegyeztetjük a területileg illetékes audiológiai állomáson, ahol objectív audiológiai vizsgálatokat végeznek, zajmentes környezetben (22, 32). Az audiológiai szűrés eredményét fel kell tüntetni mind a kórtörténeten, mind a zárójelentésen, ill. a csecsemő törzslapján. A kétes eredményű, vagy halláskárosodott újszülöttek hazabocsátásakor megfontolt tájékoztatást kell adnunk a szülőknek, hogy indokolatlanul ne okozunk fájdalmat, nehogy rontsuk az anyatejelválasztást, de biztosítsuk a gyermek kivizsgálását (15, 19, 22, 32).

Kisdedkorban a halláskiesés felderítésére a magatartásuk megfigyelését tartják a legbiztosabb jelnek (19, 32). A szülők, a védőnők, a gondozónők — esedékes vizsgálatok alkalmával — az orvosok figyeljék a gyermek hangokra adott reakcióit (anya hangja, affekt tartalmú hangok, kulcsomócsörgetés stb.). Már fél éves kortól az egészséges csecsemő, majd kisded a hang felé fordul (*orientációs reflex*). Ezen az elven alapul a „Boel-test” (32): a kisdedet ölbe vesszük, figyelmét lekötjük ujjaink mozgatásával, színes ceruzával, játékkal stb., utána kis zajt keltünk csengettyűvel, kulcsomó csörgetésével úgy, hogy a gyermek ne lássa, s a jó hallású gyermek a hang felé fordul (*hanginger-orientációs reflex*), amennyiben szellemi képességei kifogástalanok.

II. Az óvodások között a játékaudiometriás módszer (32) a megfelelő. A játékaudiometria alapjait *Barr* (1) dolgozta ki. A gyermek ismétlődő, játékos tevékenységet végez. Hangingerre ismételi ugyanazt, minden hangingerre egy kockát rak a másikra, vagy nagyobb golyót ejt dobozba egy lyukon át. A vizsgálat sikeréhez szükséges, hogy a gyermek először gyakorolta a műveletet, miáltal a hanginger és a játék összetartozása kondicionálódik. *Surján és Pálfalvi* (32) szerint ennél a korcsoportnál audiometriás szűrést végezhetünk. A vizsgálat kezdetén erősebb, majd fokozatosan halkuló hangot kell alkalmazni a hallásküszöb kereséséhez. A hallásküszöböt pontosan is meghatározhatjuk, ha a vizsgálatot szűrőaudiométer fejhallgatójával, több hangfrekvencián végezzük. Jó hatásfokú audiológiai szűrést végeztek — frappáns fordítás hiányában — a magyar szakirodalomban is eredeti nevén meghonosodott „Peep Show” módszer továbbfejlesztett változatával (23): az óvodásnak gombot kell megnyomnia a keltett hang észlelésekor és diakép jelenik meg előtte a szűrőapparátus képernyőjén. Minden gomb-

nyomásra új kép. A hangerősség változtatásával a hallásküszöböt is lehet keresni.

III. és IV. Az általános és középfokú képzésben részesülő iskolásokat szűrőaudiometriás hallásellenőrzésnek vetik alá.

Az audiológiai szűrés műszerei

A vizsgálatokhoz alkalmazható készülékek közül hazánkban bevált a MEDICOR SAB—1 — 0,5 kg súlyú — műszer az újszülöttek, csecsemők és kisdedek szűrésére. Az általános iskolai és középfokú képzésben részesülő audiológiai szűréséhez alkalmasak a MEDICOR SA—3, — 1,5 kg súlyú —, vagy a MEDICOR SA—4, — 1,8 kg súlyú — műszerek. Kis súlyuk lehetővé teszi, hogy szervezéssel több védőnő sok iskolában dolgozhasson egy műszerrel, felváltva (19).

Irányítás, ellenőrzés

Ifjúságunk hallás(-re)habilitációja több diszciplína összehangolt munkáját igényli. A központi irányítást a közigazgatási egységek és diszciplínák feletti szervre — elgondolásuk szerint — az Eü. Min. felügyeletére kellene bízni. Velük konzultálna a hét audiológiai központ felelős vezetője, a hallás (-re)habilitáció minden kérdésében.

Az audiológiai szűréshez a területileg illetékes Kórház-Rendelőintézet — a Megyei (Fővárosi) Tanács VB. Egészségügyi (Fő) Osztálya felügyeletével, a megyei audiológus szakfőorvos irányítása mellett — gondoskodik; az audiométer-szükséglet felméréséről, az audiométerek központi beszerzéséről, a karbantartás, az alkatrészellátás és -javítás bázisának megteremtéséről (az audiológiai központokban), az audiométerek szétosztásáról, a szűrést végző védőnők kijelöléséről (a megyei gyermekgyógyász szakfőorvossal és a területileg illetékes gyermekgyógyász főorvossal történt egyeztetés után), a szűrést végző védőnők kiképzéséről, a szűrések — minden korcsoportra kiterjedő — teljeségéről, a kiszűrt gyanús és halláskárosodott esetek kivizsgálásának, kezelésének gondozásának, pályairányításának megtörténtéről, a halláskárosodottak kötelező bejelentésének végrehajtásáról, a korábban bejelentett és meggyógyult (meghalt) esetek kötelező kijelentéséről. Ezeket rendszeresen ellenőrzi, és kapcsolatot tart a területileg illetékes audiológiai központ instruktoraival.

Szakképzés

Szükséges az audiológiai alapfogalmakra, a szűrőtevékenység megszervezésére, lebonyolítására, a szűrés helyes technikájára, a műszerek kezelésére, a dokumentációra és adminisztrációra minden védőnőt kiképezni. Az audiológiai szűrési munkát és ellenőrzését az orvostovábbképzés keretében ismertetni kell, sőt, vizsgával végződő tanfolyamokat kell szervezni. A tanfolyam elvégzésére kötelezni kellene a 0—18 évesek hallás(-re)habilitációjában munkát végzőket, különösen azokon a területeken dolgozókat, akiknek az állami egészségügyi szolgálattal lazább a kapcsolatuk (üzemi, intézeti gyermekközösségek).

A hallás(-re)habilitáció akkor éri el igazi célját, ha a munkahabilitáció igényeihez alkalmazkodik. Ennek a feltételnek a teljesítéséhez a halláskárosodottak megfelelő oktatása nélkülözhetetlen.

Javasoljuk ezért a legfelső szintű szabályozástól a végrehajtásig minden szinten a művelődésügyi szervek bevonását.

Köszönetnyilvánítás:

Ezúton mondunk köszönetet *Schuler Dezső dr.* professzor úrnak, *Óry Imre dr.* főosztályvezető főorvos úrnak, a segítséget nyújtó tanácsadó testületeknek, a fül-, orr-, gégeész, audiológus és gyermekgyógyász kollegáknak munkánk támogatásáért, valamint a téma kidolgozásának lehetővé tételéért.

IRODALOM: 1. *Barr, B.*: Acta otolaryng. (Stockh.) Suppl. 1965, 206, 45. — 2. *Borbényi O., Molnár M.*: Előadás. Magy. ORL. Orv. Egyesület Audiolog. Sectio Tud. Ül. Salgótarján. 1971, 05. 28—29. — 3. *Csabay L. és mtsai*: Kísérlet. Orvostud. 1959, 11, 257. — 4. *Dévald J.*: Előadás. Magy. ORL. Orv. Egyesület Audiolog. Sectio Tud. Ül. Salgótarján, 1971. 05. 28. — 5. *Downs, M. P.*: Acta otolaryng. (Stockh.) 1965, Suppl. 206, 39. — 6. *Draskovich, É.*: Fül-Orr-Gégegyógy. 1968, 14, 90. — 7. *Eü. Min. Évkönyve*. Eü. Min. Budapest, 1980. — 8. *Ewing, A.*: Acta otolaryng. (Stockh.) 1965, Suppl. 206, 38. — 9. *Gabnai M., Galántai S., Gárdonyi L.*: Fül-Orr-Gégegyógy. 1974, 20, 61. — 10. *Götze Á. és mtsai*: Fül-Orr-Gégegyógy. 1979, 25, 53. — 11. *Götze Á.*: Magyar Pediáter. 1978, Suppl. 12, 44. — 12. *Götze Á.*: Akusztikai konf. Budapest. 1967, I, 10. A/6. — 13. *Götze Á.*: Orv. Hetil. 1969, 110, 948. — 14. *Götze Á.*: Fül-Orr-Gégegyógy. 1969, 15, 253. — 15. *Götze Á.*: Személyes közlés. — 16. *Griffiths, C.*: Acta otolaryng. (Stockh.) 1965, Suppl. 206, 34. — 19. *Hochenburger, E., Pauka, K.*: Nagyothallók könyve. Medicina. Budapest, 1978. — 20. *Ireland, P. E.*: Acta otolaryng. (Stockh.) 1965, Suppl. 206, 39. — 21. *Johanson, B., Wedenberg, E., Westin, B.*: Acta otolaryng. (Stockh.) 1964, 57, 188. — 22. *Katona F.*: Az öntudat ébredése. Gondolat. Budapest, 1979. — 23. *Kollár D.*: Fül-orr-gégebetegek gyermekkorban. Medicina. Budapest. 1977. — 24. *Lampé I., Pap U.*: Fül-Orr-Gégegyógy. 1970, 16, 3. — 25. *Orvosi útmutató és szakmai-munkaköri tájékoztató a szakmun-*

kás-, szakközépiskolai képzésre jelentkező fiatalok alkalmassági orvosi véleményezéséhez, pályaválasztási tanácsadásához. Szakmunkástanulók Orsz. Egészségvédelmi Int. Budapest, 1979. — 26. *Pauka K.*: Fül-Orr-Gégegyógy. 1969, 15, 119. — 27. *Radnai T., Papp I., Faragó I.-né*: Fül-Orr-Gégegyógy. 1981, 27, 247. — 28. *Relke, W., Frey, H. H.*: Z. Laryng. Rhinol. 1966, 45, 706. — 29. *Rejskjaer, C.*: Acta otolaryng. (Stockh.) 1965, Suppl. 206, 28. — 30. *Salomváry L., Pétsch, Szabó E.*: Újszülöttek hallásvizsgálata intézetünkben. Hatvan Városi Kórh. közleményei, V. kötet, 1973. — 31. *Surján, L., Dévald, J., Pálfalvi, L.*: Epidemiology of Deafness. Audiology. Karger. Basel. 1972. Suppl. 11, 56. — 32. *Surján L., Pálfalvi L.*: A klinikai audiológia alapjai. Medicina. Budapest, 1975. — 33. *Szabó E. és mtsai*: Gyermekgyógy. 1978, 29, 263. — 34. *Szabó E., Záray G.*: Újszülöttkori hallásvizsgálatok megszervezéséről. Hatvan Városi Kórh. Közleményei. III. kötet. 1969. — 35. *Szabó E. és mtsai*: Beiskolázás előtt álló óvodás korú gyermekek audiológiai szűrővizsgálata működési területünkön. Hatvan Városi Kórh. Közleményei. VI. kötet. 1975. — 36. *Szabó E.*: Amerikai tanulmányutam szakmai tapasztalatai. Előadás. POTE, ORL.-Klin. Tud. Ülése. Pécs. 1970. 11. 30. — 37. *Szabó E., Forgács M.*: Serdülőkorúak pályaválasztásához alkalmazott hallásrehabilitáció közös esetein kapcsán. Előadás. Korányi TBC és Pulm. Orvosi Egyesület Gyermekpulmonológiai Sectio Tud. Ülése. Budapest. 1981. 05. 15. — 38. *Szabó E.*: „HNO”-Wegw. 1964, 12, (2) 41. — 39. *Szabó E.*: A tartós ipari zajártalom és a halláscsökkenés összefüggéseiről. Hatvan Városi Kórház Közleményei. I. kötet. 1965. — 40. *Szabó E., Karácsony S.-né*: Zajártalom szűrővizsgálatok értékelése az ellátási körzetünkben működő üzemekben. Hatvan Városi Kórház Közleményei. VI. kötet. 1975. — 41. *Szomlányi K.*: Előadás. Magyar Üzemegészségügyi Tudományos Társaság nemzetközi kongresszusa. Budapest, 1970. X. 15. — 42. *Tolnai S.*: Orv. Hetil. 1967, 108, 1003. — 43. *Tolnai S., Sashalmi G.*: Fül-Orr-Gégegyógy. 1973, 19, 88. — 44. *Wedenberg, E.*: Acta otolaryng. (Stockh.) 1965, Suppl. 206, 28. — 45. *Whetnall, E.*: Acta otolaryng. (Stockh.) 1965, Suppl. 206, 51.

„Ha ... tudósok azzal töltik kedvüket, hogy tudást csupán a tudásért halmoznak — megnyomorítják a tudományt, és kőnpad lesz minden új gép. Idővel mindent felfedezhettek, amit felfedezni egyáltalában lehetséges, de ez a haladás egyszersmind eltávolíthat az emberiségtől.”

Bertolt Brecht „Galilei élete” c. drámájából

RADÓ JÁNOS DR.
ÉS PATÓ ÉVA DR.

Schwartz-Bartter-syndroma hosszú DDAVP kezelés után diabetes insipidusos betegben

Fővárosi Weil Emil Kórház, III. Belgyógyászati Osztály
(osztályvezető főorvos: Radó János dr.)

A szerzők DDAVP-vel 8 éven át panaszmentesen kezelt centrális diabetes insipidusos betegen Schwartz—Bartter-syndroma (vízintoxicatio) felléptét észlelték. Bizonyítható volt, hogy diabetes insipidus (primer polyuria) és psychogen (primer) polydipsia egyidejűleg áll fenn, és így a szabad vízkiválasztást teljesen megszüntető DDAVP a beteg vízivási kényszere miatt vízintoxicatiót okozott. Rugalmasan csökkentett DDAVP adagolással és a beteg együttműködésével a vízanyagcsere-zavart megoldották. A kivételes eset eltért a tankönyvi alternatíváktól, melyekben *egy* adott kórképben vagy primer polydipsia vagy primer polyuria lehet jelen.

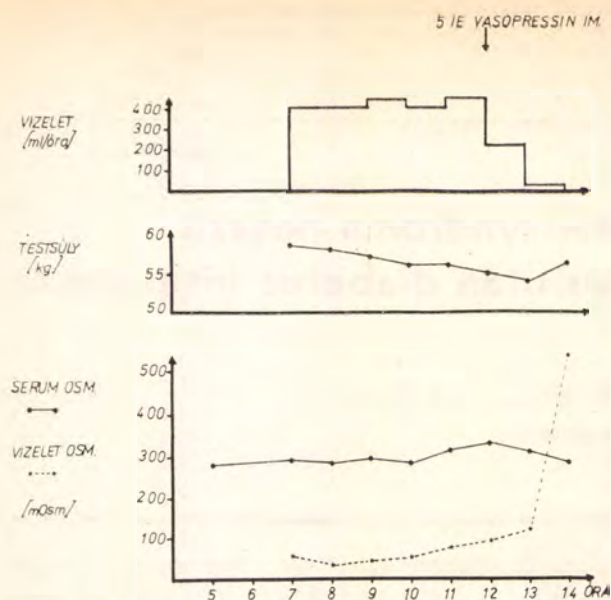
Schwartz—Bartter-syndrome following chronic DDAVP treatment in a patient with diabetes insipidus. Schwartz—Bartter-syndrome (water intoxication) developed in a patient with central diabetes insipidus who has been treated free of complaints for 8 years with DDAVP. The simultaneous occurrence of diabetes insipidus (primary polyuria) and psychogenic (primary) polydipsia was confirmed. Accordingly the DDAVP which stops completely free water discharge caused water intoxication because of the dipsomania of the patient. Reducing suitably the DDAVP dosage with the cooperation of the patient the disorder of the water-metabolism has been solved. This exceptional case differed from the alternatives given in the text-books, according to which either primary polydipsia or primary polyuria may occur in one given clinical picture.

A centrális diabetes insipidus (CDI) kezelése a DDAVP felfedezésével megoldottá vált (1, 3, 9, 10). A DDAVP-t ideális gyógyszerként említik, mert könnyen adagolható, hosszú hatású és nincs mellékhatása (16). Legújabbban azonban kiderült, hogy bizonyos mellékhatásokkal a DDAVP esetében is számolnunk kell. Ezek között a véralvadási faktorok befolyásolását, fejfájást és a Schwartz—Bartter-syndromát (vízintoxicatiót) tartják számon (3, 4, 18). Munkánkban egy olyan CDI-os betegről számolunk be, akiben a Schwartz—Bartter-syndroma sok éves zavartalan DDAVP kezelés után jelentkezett. Betegünk eltér az eddig közölt vízintoxicatiós esetektől (Juhos és Radó [4], Valkusz, Laci és László [18]), akikben — ha a syndroma fellépett — már az első DDAVP adag után jelentkezett. Esetünkben az a különleges, hogy a CDI és a psychogen polydipsia azonos egyénben egyidejűleg fordult elő, szemben a tankönyvekben szereplő alternatívával, ahol is az egyik megbetegedés biztonságos megállapítása a másik szükségszerű kizárását vonja maga után (16). Esetünket azért tartjuk közlésre érdemesnek, mert egyidejűleg fennálló CDI

és psychogen polydipsia volt az alap a DDAVP által okozott Schwartz—Bartter-syndroma (vízintoxicatio) kifejlődéséhez.

Esetismertetés

N. J. 31 éves férfit beteg kórelőzményében 1956-ban fejsérülés (rádólt egy téglafal), majd néhány hónap múlva fellépő polyuria-polydipsia (kb. 12 l/nap) szerepel. Az ekkor 8 éves gyermeket kórházi osztályon vizsgálták, a klinikai kép és az alacsony vizeletfajsúly alapján diabetes insipidust diagnosztizáltak. Ezt támasztotta alá a glanduitrin, hátsó lebeny szippantópor, majd borjú hypophysis átültetése után észlelt átmeneti tünetmentesség is. 1961-ben gyermekkórházban vizsgálták ismét, mivel újbóli beállítása vált szükségessé, ugyanis a szippantópor használata mellett fejfájást panaszkodott, a borjú hypophysis átültetések pedig átlag csak 14 napig voltak hatásosak. Ekkor a beteg gyógyszer nélkül napi 6—8 liter vizeletet ürített, a röntgen és rutin laboratóriumi vizsgálatok eltérést nem mutattak. A szippantóport kúpban használva csaknem tünetmentes. Ezután psychés okokra hivatkozva tovább kúpot használni nem volt hajlandó, Pitressin-tannat injekciós kezelésre tértek át. 1970-től a beteg rendszeresen alkoholt fogyasztott, betegségét elhagyagolta, gyógyszerelése rendszertelen volt. 1972-ben került sor újabb részletes kivizsgálásra, valamint új terápiás beállításra. Napi vizeletürítése kezelés nélkül 10—12 l, vizeletfajsúly 1001, egyéb laboratóriumi vizsgálatok



1. ábra: Szomjazási (Miller)-próba N. J. betegen

Hosszú szomjazás alatt a vizeletürítés (400 ml/óra) nem változott; a testsúly 4 kg-al csökkent, a serum osmolalitás koncentrációja emelkedett. A vizelet osmolalitás **jelentősen** csak ADH (lysine-vasopressin) adására fokozódott. (Az órák a szomjazás időtartamát jelzik.)

eltérés nélkül. Sella felvétel: sella a szokottnál kisebb, ép kontúrú, normál alakú, sinus sphen. légtartó. Az elvégzett Carter Robbins-próba diabetes insipidusra utalt. A már korábban is alkalmazott Pitressin-tannat inj. kezelést a beteg rosszul tűrte, ezért cabamazepin (Stazepin) és chlorpropamid (Diabinese) kombinációját alkalmaztuk. A napi vizeletürítés mindkét gyógyszerből 3×1 tbl/die alkalmazásakor 1–2 literre csökkent. 1974-től a beteget DDAVP orrcseppel kezelték. Az ezt követő 8 évben a beteg jól érezte magát.

Osztályunkra rossz közérzet, gyengeségérzés, derékfájdalom, fejfájás, valamint az elmúlt fél év alatti 10 kg-os fogyás miatt került felvételre, 1982 áprilisában. Napi 2×6 csepp Adiuretint használt, emellett a napi diuresis 1000–3000 ml között ingadozott.

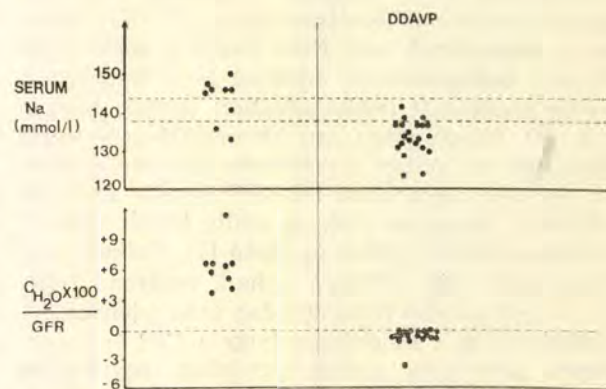
Felvételi statusából: 2 harántujjal a bordaívét meghaladó máj, a bal bal vesetű ütőgetési érzékenysége, 95/70 Hgmm-es tensio emelhető ki.

Laboratóriumi vizsgálatok: Vizelet: fs 1020; ubg norm; egyéb neg. Wassermann-reactio: negatív. Süllyedés: 8 mm/h. T. vérkép: Htk 0,46; Hb: 9,25 mmol/l; fvs 8,9 G/l; Qualitatív összetétel: Se 38 Eo2 Ly 54 Mo 6%. Serum KN: 3,1 mmol/l. Serum kreatinin: 0,9 mg%. Serum Na: 131 mmol/l. Serum K: 4,4 mmol/l. Serum Cl: 111 mmol. Serum Ca: 2,34 mmol/l. Serum P: 1,3 mmol/l. Vércukor: 4,7 mmol/l. Májfunctio: serum bilirubin: norm. Gamma-globulin: 95 g%. SGPT: 6,5 mE/ml. Serum alkalikus phosphatase: 3,2 E/l. SGOT: 18 E alatt. Thrombocyta: 168 G/l. Prothrombin: 100%. EL-FO: összfehérje: 66 g/l. Albumin: 60 alfa-1: 4, alfa-2: 11, béta: 9, gamma: 16%. **Mellkas ernyőkép** felvétel: Negatív mellkasi lelet. EKG: norm.

Mivel az irodalomban leírták a DDAVP okozta fejfájást, a beteg panaszait mi is ezzel összefüggőnek gondoltuk. A gyógyszert elhagyva a beteg fejfájása megszűnt, közérzete javult, a polyuria-polydipsia kényelmetlenségétől eltekintve lényegében panaszmentes volt. Bár az általunk használt „Adiuretin” nevű (Spofa) DDAVP készítmény igen kis %-ban tartalmaz vasopressor hatású arginin-vasopressint, nagy adag alkalmazásakor ez elvileg klinikai tüneteket is okozhat. E megfontolás alapján többféle gyártmányú DDAVP készítményt próbáltunk ki, de a klinikum és a panaszok változatlanok voltak: az orrcsepp használata mellett

néhány órán belül fejfájás, derékfájás, rossz közérzet, szemmel látható szokatlan oedema (elsősorban az arcon) fejlődött ki. Ezt észleltük az arginin-vasopressin contaminációt gyakorlatilag egyáltalán nem tartalmazó Desurin (Ferring) után is. Mindezekkel párhuzamosan folytak a laboratóriumi vizsgálatok. Kiderült, hogy a serum nátrium kifejezetten csökkent DDAVP alkalmazása mellett, átlagosan $143,42 \pm 2,38$ mmol/l-ről $134,11 \pm 1,11$ mmol/l-re ($p < 0,05$); a legalacsonyabb serum nátrium érték DDAVP kezelés alatt 123 mmol/l volt (2. ábra). DDAVP adása alatt a serum nátrium szint és a szabad vízkiválasztás között szignifikáns összefüggés volt ($r = 0,72$; $p < 0,01$), vagyis minél kevesebb víz választódott ki, annál alacsonyabb volt a serum nátrium ($\text{CH}_2\text{O} \times 100/\text{GFR} = 0,34 \text{ Se Na} - 46$). A szabad vízkiválasztás mérését 24 órás vizeletgyűjtés alapján ad libitum folyadékfelvétel mellett kivitelezük és a glomerulusfiltratio százalékában fejeztük ki az előző munkánkban leírtak szerint (9). A serum nátriumhoz hasonlóan változott a serum osmolalitás, mely 299,22 mOsm/kg-ról DDAVP kezelés alatt 280,49 mOsm/kg-ra csökkent ($p < 0,001$; normál érték: 288–296 mOsm/kg). A DDAVP kezelés alatt mért legalacsonyabb serum osmolalitás érték 257 mOsm/kg volt. **Táblázatunkban** feltüntettük, hogy N. J. beteg serum osmolalitása DDAVP kezelés nélkül megfelelt a többi 3 diabetes insipidusos beteg értékének, míg DDAVP kezelés alatt sokkal nagyobb mértékben csökkent azokénál. A DDAVP-s periódusban több volt a bevitt folyadék, mint az ürített vizelet, ezért a DDAVP használatkor a testsúly növekedett (maximalis érték 62 kg), kihagyásakor pedig csökkent (legalacsonyabb testsúly 53 kg). A beteget „szomjúsága” miatt nem lehetett rábeszélni a folyadékfogyasztás csökkentésére. Mindezek után nyilvánvaló volt, hogy a DDAVP mellett vízintoxicatio lép fel, a beteg psychogen polydipsiájával kapcsolatos túlivás miatt.

Felmerült, hogy a psychogen polydipsia mellett van-e a betegnek jelenleg diabetes insipidusa? Bár a 10 évvel ezelőtt végzett Carter–Robbins-próba igazolta a diabetes insipidust, az azóta eltelt időben ilyen irányú vizsgálat nem történt, a betegség javulhatott, elvileg meg is gyógyulhatott. Ezért elvégeztük a Miller-próbát, amely egyértelműen igazolta a jelenleg is fennálló CDI-t (1. ábra). Így betegünkön mind a CDI, mind a psychogén polydipsia egyidejű fennállását kellett elfogadnunk. Mivel a beteg kezelés nélkül maximum 19 l vizeletet ürített, mely túl az orvosi szempontokon a normális



2. ábra: DDAVP adása alatt a serum nátrium többnyire a normálisnál alacsonyabb, ugyanekkor a szabad vízkiválasztás ($\text{CH}_2\text{O} \times 100/\text{GFR}$) megszűnt. Kezelés nélkül általában magasabb a serum nátrium a normálisnál, ugyanekkor a szabad vízkiválasztás magas. A polyuria hypernatraemiát okozott, a DDAVP pedig hyponatraemiát (N. J. beteg adatai)

Beteg	Diagnózis	DDAVP kezelés	Vizsgálati napok száma	Vizelet mennyiség (ml/24 h)	Vizelet osmolalitás (mOsm/kg)	Serum osmolalitás** (mOsm/kg)
NJ	Diab. insip. + psychogen polydipsia	előtt	9	12 446± 1 043	75± 7	299,2± 4,5
		alatt	21	1 900± 266	477± 55	280,4± 2,3
MK	Diab. insip.	előtt	5	10 180± 1 125	43± 1	296,6± 2,8
		alatt	2	1 200	492	293
MI	Diab. insip.	előtt	5	6 263± 435	137± 15	302,4± 2,7
		alatt	6	1 375± 208	505± 64	291,2± 4,1
RI	Diab. insip.	előtt	4	2 680± 566	132± 14	306,9± 4,3
		alatt	2	1 400	338	296

* középérték ± SE

** normál érték: 288—296 mOsm/kg

életvitellel összegeztethetetlen, a beteggel elbeszélgetve, az öncontrollt hangsúlyozva, szoros együttműködéssel próbáltuk kikutatni a legmegfelelőbb Adiuretin dosist, mely kellő gyakorlás után rugalmas módosításokkal lehetővé teszi a vizintoxicatio elkerülését és panaszmentes, jó közérzetet biztosító állapot elérését. Ez az adag napi 20 µg-volt.

Megbeszélés

Irodalmi adatok alapján ismert, hogy a DDAVP fejfájást okozhat (3). Ez a mellékhatás nem gyakori (magunk 30 DDAVP-vel hosszan kezelt CDI eset egyikében sem észleltük) és a kezelés megkezdése után röviddel jelentkezik. Betegünk fejfájásai viszont sok éves panaszmentesség után jelentkeztek és már ebből is valószínű, hogy nem a szokványos DDAVP fejfájásról volt szó.

Többféle DDAVP készítményt (SPOFA Adiuretin; Ferring Desurin) is megvizsgáltunk, de a fejfájás ugyanúgy jelentkezett. A legmeglepőbb az volt, hogy a gyógyszer kihagyására nemcsak a fejfájás múlt el, hanem a beteg derékfájása is, az arca is megváltozott és a testsúlya is csökkent. A DDAVP visszaadása valamennyi tünetet újból kiváltotta. Az arc puffadása annyira szembetűnő volt, hogy a vízviszartartáshoz nem fért kétség. Igazolta ezt az alacsony serum nátrium (2. ábra) és osmolalitás (l. táblázat), melyek DDAVP adása előtt kb. megegyeztek a többi diabetes insipidus esetekben észlelt értékkel. A felsoroltak megalapozták a psychogén polydipsia diagnózist és némileg kétségesé tették az egy évtizede felállított, a szomjazási, valamint Carter—Robbins-próbákkal is alátámasztott diabetes insipidust. Elméletileg ugyanis lehetségesnek látszott, hogy a beteg diabetes insipidusa meggyógyult és újabb betegségként (vagy szövődeményként [3/b]) psychogén polydipsia jelentkezett. Ezért megismételtük a szomjazási (Miller) próbát (1. ábra), (5, 6, 15), ami egyértelműen bizonyította az ADH hiányt, a valódi CDI fennállását. Annak ellenére, hogy a diabetes insipidus differenciáldiagnózisának lehetőségei a modern diagnosztikus eljárások bevezetésével sokat ja-

vultak, mindmáig előfordulnak olyan határesetek, ahol a psychogén polydipsiától való megkülönböztetés nem könnyű (5, 6, 13, 15, 16, 17, 19). Esetünk azt mutatja, hogy gondos elemzéssel a diabetes insipidus és psychogén polydipsia egyidejű fennállásának bizonyítása is lehetséges.

E differenciáldiagnózis nemcsak akadémikus érdekességű, mert psychogén polydipsia esetén a DDAVP adása veszélyes lehet vízintoxicatio előidézése miatt. Súlyos vízintoxicatiókat a múltban is észleltünk psychogén polydipsiás betegeknek adott antidiuretikus gyógyszerek, chlorpropamid (7), carbamazepin (8), clofibrat (11, 12) és DDAVP (4, 18) következtében. Itt közölt betegünk psychopathiás személyisége miatt nemcsak psychogén polydipsiás, hanem alkoholist is, és így egy-egy nagyobb sörfogyasztás alkalmával súlyos vízintoxicatio veszélyének van kitéve, mivel a DDAVP kezelés mellett az antidiuresis maximális (2. ábra). A veszély elhárítására a beteg beállítását úgy módosítottuk, hogy az eddigi supramaximális ADH hatású adagolás (napi 60 mikrogram) submaximális (napi 20 mikrogram) legyen, amit a beteg rugalmasan tovább módosíthat (pl. a következő DDAVP adag kihagyásával) a vízviszartartás legkorábbi tüneteinek (arcduzzadás, fejfájás, az intellectualis működések „tompultsága” etc.) jelentkezésekor.

Esetünket azért tartottuk közlésre érdemesnek, mert sikerült bizonyítanunk CDI és psychogén polydipsia egyidejű fennállását, s hogy a fejfájás nem ártatlan mellékhatás (3), hanem Schwartz—Bartter-syndroma (vízintoxicatio) megnyilvánulása volt (2, 14).

IRODALOM: 1. Andersson, K. E. és Arner, B.: Acta med. Scand. 1972, 192, 21. — 2. Bartter, F. C. és Schwartz, W. B.: Amer. J. Med. 1967, 42, 790. — 3. Cobb, W. E. és mtsai: Ann. Intern. Med. 1978, 88, 183. — 3/a. Hankiss J.: A hypothalamus-neurohypophys rendszer hormonjai. Klinikai Endocrinológia. Szerk.: Gláz E. Medicina, Budapest, 1981. 81. old. — 4. Juhos E. és Radó J.: DDAVP által okozott vízintoxicatio psychogén polydipsiás betegen. XXV. Belgyó-

gyász Nagygyűlés, Budapest, 1974. november 21–23. — 5. Miller, és mtsai: Ann. Intern. Med. 1970, 73, 721. — 6. Moses, A. M. és Miller, M.: Postgraduate Medicine 1972, 52, 187. — 7. Radó, J. P. és mtsai: Amer. J. Med. Sci. 1970, 260, 359. — 8. Radó, J. P.: Brit. Med. J. 1973, 3, 479. — 9. Radó J. és mtsai: Orv. Hetil. 1976, 117, 775. — 10. Radó, J. P. és mtsai: Int. J. Clin. Pharmacol. 1976, 13, 199. — 11. Radó, J. P., Juhos, É. és Sawinsky, I.: Int. J. Clin. Pharm. 1975, 12, 315. — 12. Radó, J. P., Szende, L. és Takó, J.: Int. J. Clin. Pharm. 1974, 10, 64. — 13. Robertson, G. L.: Vasopressin in os-

motie regulation in man. Ann. Rev. Med. 1974, 25, 315. — 14. Schwartz, W. B. és mtsai: Amer. J. Med. 1975, 23, 529. — 15. Streeten, D. H. P., Moses, A. M. és Miller, M.: Disorders of the neurohypophysis, In: — 16. Harrison's Principles of Internal Medicine, Eighth edition. International student edition. McGraw Hill, 1977, pp. 490. — 17. Takó J. és Radó J.: Orv. Hetil. 1974, 115, 427. — 18. Valkusz Zs., Laczi, F. és László F.: Orv. Hetil. 1981, 122, 97. — 19. Zerbe, R., Stropes, L. és Robertson, G.: Vasopressin function in the syndrome of inappropriate antidiuresis. Ann. Rev. Med. 1980, 31, 315.

KLION

tabletta, hüvelykúp

ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 0,25 g metronidazolum-ot, 1 hüvelykúp 0,5 g metronidazolum-ot tartalmaz.

JAVALLAT

Férfi és női húgy-ivarszervi Trichomonas infestatio. Giardia lamblia fertőzések. Stomatitis ulcerosa. Entamoeba histolytica.

ADAGOLÁS

Trichomoniasisban reggel-este 1–1 tabletta 10 napon keresztül. Nők egyidejűleg 10 napon keresztül 1–1 kúp-ot is helyezzenek fel magasan a hüvelybe.

Giardia lamblia fertőzésben 2×1 tabletta, 5 napon át. Entamoeba histolytica esetén 3×2 tabletta, 10 napon át.

Stomatitis ulcerosában 2×1 tabletta 3–5 napon át. Gyermeknek 0–1 éves korig naponta 1/2 tabletta, 2–4 éves korig naponta 2 tabletta 5 napon át, étkezés után, 2 részre osztva.

Entamoeba histolytica esetén naponta 2×1 tabletta.

MELLÉKHATÁSOK

Ritkán fejfájás, keserű szájíz, bevont nyelv, enyhe hányinger, olykor hasmenés mutatkozhat. Ezek a tünetek a kúra befejezése után maguktól megszűnnek.

A Klion – mint nitroderivatum – enyhe leukopeniát is okozhat, ezért főként a 10 napos kúra esetén ajánlatos a vérkép ellenőrzése.

FIGYELMEZTETÉS

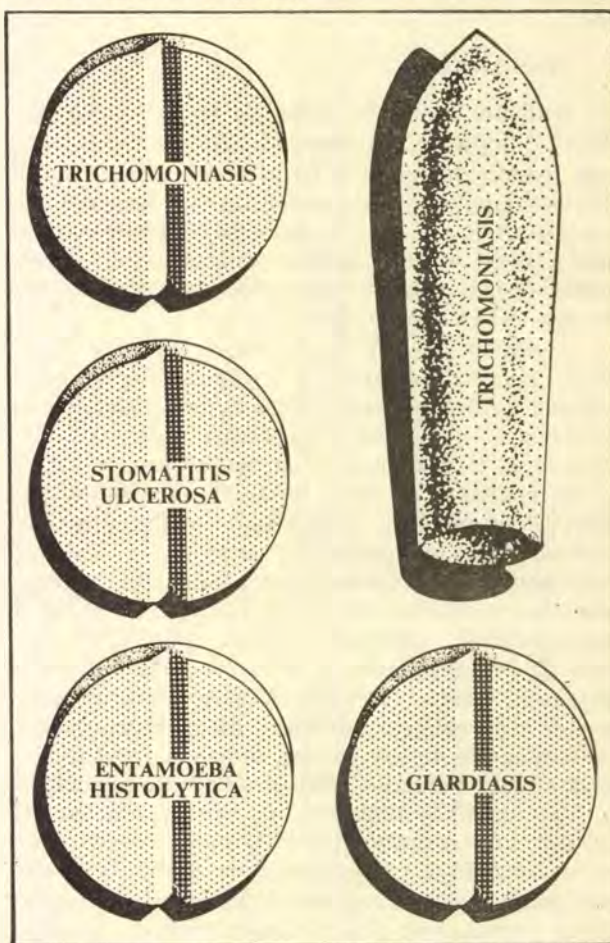
A terhesség első három hónapjában ne adjuk!

MEGJEGYZÉS

* Csak vényre adható ki, és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtethető.

CSOMAGOLÁS

20 tabletta, térítési díj 6,60 Ft
10 kúp, térítési díj 7,50 Ft



Emlékezés ifjú Bókay Jánosra

125 évvel ezelőtt, 1858. április 19-én született Pesten, a Belváros Fő utcájának 15. sz. házában Bókay János orvostudornak, a pesti Szegény-Gyermek Kórház igazgató főorvosának második fia. Felesége, Szabó Judit két éve szülte első gyermeküket, Árpádot. Bókay Árpád a kolozsvári, majd a pesti orvoskar neves farmakológus-belgyógyász professzora lett és a magyar szabadkőműves páholyok nagymestere volt. Árpád fia, Zoltán a gyermekorvosi pályát választotta. Együtt dolgozott nagybátyjával, ifjú Bókay Jánossal Pesten 1930-ig, midőn a Debreceni Egyetemi Gyermekklinika igazgatójának nevezték ki. Árpád leányát, Nadine-t Verebely Tibor vette feleségül. Heim Pál is az atyafisághoz tartozott. Ez volt a családi miliő.

Bókay János másodszülöttjét „Zoltán, János” névvel jegyezték be a Deák téri evangélikus lelkész hivatalban, de ő csak a János nevet használta egész életében. A család nevének írásmódja — „y”-nal, vagy „i”-vel — többször változott. Az apa, Bock János Tóbiás — akkoriban a pesti Szegény-Gyermekkárház másodorvosa — főnökével: Schöpf Ágosttal együtt 1849. június 14-én kérelmezte a Kossuth-kormány belügyminiszterénél a névmagyarosítást. Szemere Bertalan egy nap alatt intézte el a két kérvényt és június 15-én a Schöpf családnak Merei, a Bock családnak Bókay nevet adott. A világosi fegyverletétel után aztán a Katonai Helytartótanács a Kossuth-kormány minden rendelkezését eltörölte, így a névmagyarosítást is újból kellett kérni. Bock János ezért 1850. november 5-én kérelmét megújította, de a belügyminiszter december 21-én kelt döntése ezt a kérelmet elutasította. Csak 10 évre rá, 1860 szeptemberében engedélyezte egy „legkegyelmesebb Udvari Rendelet” a Bókay név használatát. Az idősebb Bókay mit sem törődött a hivatalok packázásával, de nem törődött azzal sem, hogy mind a Szemere-engedély, mind az Udvari Rendelet „y”-nal írott nevet adott családjának. Ő 1849-től haláláig Bókai Jánosnak írta magát — bár hivatalosan Bókay volt a neve. János fia egyetemi indexét 1876-ban „Bókay János fia Bókay János jr.” névre állították ki.

Az Egyetem „Bókay János: Gyermekgyógyászat” címmel hirdeti előadásait — ő Bókai névvel írja alá az indexeket. A kórházalapító apa szobrán Klinikánk előkertjében „i”-vel jelölték nevét. A Székesfővárosi Közmunkák Tanácsa viszont 1938-

ban a Gólya utcát — Klinikánk utcáját — Bókay János utcának nevezi el „az idősebb Bókay János, a hazai gyermekgyógyászat megalapítója” emlékére. A fiatal Bókay „ifj. Bókai János”-nak írja magát a Millenniumig, csak ezután tér át az y-os írásmódra. Mikor a mostani utcatábla írásmódján eltűnök — kit is jelöl ez a név? — eszembe jut Thomas Mann Józsefe. Az ifjú József ott ül az Istar-kút kávéjában, ősein mereng és össze-összecseréli „dédapját és annak azonos, vagy hasonló nevű atyját.” „Mély a múltnak kútja. Talán feneketlen — kiismerhetetlennek kellene mondanunk?”

Pest, a fiatal Bókay szülővárosa, akkoriban Európa legkevertebb nemzetiségű fővárosa, ahol — korabeli tudósítások szerint — „az utcákon bábeli zűrzavar uralkodik”. Ha Pest és Buda lakóit az 1850-es népszámlálás adatai alapján összevonjuk, akkor a 128 000 lakosú kettős város fele német, egyharmada magyar anyanyelvű. Minden hetedik lakos nyelve héber, minden tizenötödiké rác. Ez a város olvad össze az ifjú Bókay életében egy nyelvű magyar várossá.

A Belvárosban, majd a Józsefvárosban lakó család a fiatal gyermeket csendes, érzelmes, álmodozó fiúcskának írja le. Nagyon szeretett zongorázni, kisgyermek korában már komponált. A tízéves fiú lágy, romantikus zongorajátékát hallva Zichy Géza, a világhírű zongoraművész, aki nem tudta, ki ül a zongoránál, felkiáltott: „Remekül játszik ez a kisleány!”. Zichy ismételtelen felajánlotta, hogy oktatja a gyermeket. A kisfiú is könyörgött ezért, de a kemény, puritán apa hallani sem akart zenei tanulmányokról. Fiát orvosnak szánta. Ennek a képnek természetes folytatása, hogy egy emberöltőre rá az ifjú Bókay saját tízéves János fiának azt a tanácsot adja: „Minden lehetsz, csak orvos nem...” A zene iránti csendes szerelme végigkíséri életét. Otthon zongorája mellett pihen, tűnődik. Dalokat komponál, négyszólamú és vegyeskarra ír műveket, Beethovenról, Mozartól, Schubertől készít tanulmányokat. Élete alkonyának nagy barátja Dohnányi Ernő. A zeneszerző-zongorista-karmester fia egészségét köszöni Bókaynak. Ezt a fiút végzik ki 1944 nyarán Berlinben a Hitler-ellenes összeesküvésben való részvétele miatt. Ennek a fiúnak gyermekei mai korunk két ismert Dohnányija: a karmester és Hamburg szociáldemokrata főpolgármestere.

A 18 éves fiú tehát apja utasítását követve iratkozik be a pesti orvoskarra. Professzorai között találjuk Lenhossék Józsefet (a világhírű Lenhossék Mihály apját), Jendrassik Jenőt (— akinek Ernő fia emlékére egyetemünk 1964 óta ad ki emlékérmét —) és Mihálikovics Gézát. Negyedéves korában

A rovat mindhárom írása ifj. Bókay János születése napjának 125. évfordulóján, 1983. április 19-én elhangzott előadások.

egyszerre hallgatja apja gyermekgyógyászati előadásait és Korányi Frigyes „Különös kór- és gyógytan” kollégiumát. 1880-ban lesz orvostudor.

Diplomája után azonnal belép az apja által vezetett Ösz u. 2. sz. (a mai Szentkirályi utca) alatt álló gyermekkórházba. Rögtön tudományos munkába is kezd. Első munkája, nagy tehetségű farmakológus bátyja hatására, kísérletes farmakológiai munka. 1881-ben egyetemi tanársegéd lesz. Az 1883/84-es évek felgyorsítják eddig is egyenes pályáját. 1883-ban átköltözik a kórház a mai Gyermekklinikára, a Gólya utcai Stefánia Szegénygyermek kórházba. Ezt a nagyszerű, 160 ágyas kórházat apja útmutatásai alapján tervezték, építették. A szeptember 17-iki megnyitó beszédben jogos büszkeséggel mondja idősebb Bókay: „a Stefánia Gyermekkórházzal az Egyesület egy oly kórházat létesített, melyhez foghatót külföldön is keresni kell.” Ekkor az ifjú Bókay rendelőőrvosi rangot kap. 1884-ben az orvosi kar elfogadja magántanári habilitációját. Ebben az évben hal meg apja és a 26 éves magántanárt megbízzák az új kórház igazgatásával, majd a következő évben a kórház élethosszig megválasztott igazgatójának nevezik ki. Bókay János megfelelt annak a bizalomnak, melyet a Stefánia Egyesület és az Orvoskar néki előlegezett. 45 éven át, 1929. augusztus 31-iki nyugalomba vonulásáig vezette a kórházat. Azt új épületekkel bővíti. 1892-ben felépül a Gólya utca másik oldalán az Egyetemi Gyermekklinika: az ambulanciák és a tanterem. Ekkor ennek igazgatója lesz rk. tanári címmel. 1907-ben a Gyermekklinika önálló egyetemi tanszékké válik. Bókay ekkor a kar nyilvános rendes tanára, a gyermekgyógyászat kötelező szigorlati tárgy lesz. Ez a fejlődés a kor haladásának és Bókay nagyszerű munkájának közös eredője.

Orvosi munkájának mottója: „Salus aegroti suprema lex esto!”. Ezt az elvet a csendes, halk szavú igazgató nemcsak magára nézve érezte kötelezőnek, de a vezetése alatt működő intézettel is szigorúan megtartatja. A pénz után futó századforduló világában nagyon figyelemreméltó alapelv! Vagyont nem is szerzett — sok korabeli pesti orvossal ellentétben. Kórházában töltötte egész életét, csakúgy, mint orvosai. Nagyszerű nővérek segítették munkáját. Áldozatos életre szánt nők, akik között többen magasabb társadalmi rétegekből mentek nővérek. Ez a kor még társadalmi viszonyainak megfelelően a szegény beteg gyermekek megsegítését *jótekonyságnak* tekintette. És szegény beteg gyermek volt elég. A zsúfolt lakásokban lakó szegények sok gyermeke között rengeteg volt az olyan beteg, akinek az életét jelentette, ha a nagyszerű, tiszta kórházba kerülhetett. A kórház orvosainak, nővéreinek magatartásában ekkor még intézményesen keveredett az új világ tudományos-orvosi ismereteivel a középkori aszkéták büszkén alázatos szolgáló-attitűdje — Árpád-házi Margit és Erzsébet királynéok magatartásformája.

Bókay klinikai munkájának eredményeit több mint 200 tudományos közleményben ismertette. Közleményeinek nagy része német, francia és olasz nyelven jelent meg. Klinikus volt — a jó megfigye-

lés és a helyes kritika voltak eszközei. A világ ma is nevéhez köti azt a felismerést, hogy a herpes zoostert a varicella vírus okozza. 1892-ben, majd 1909-ben közli első eseteirásait, majd 1918-ban ír e kérdésről nagyobb tanulmányt. 1923-ban tartja Akadémiai levelező tagságának székfoglalóját a „Bárányhimlős eredetű övsömörrel”. Érdemes végigolvasni ma is érvényes mondatait: „1909-ben határozottan felállítottam azt a tételt, hogy a bárányhimlő eddig ismeretlen fertőző anyaga bizonyos, előttünk ismeretlen körülmények folytán általános kivirágzás helyett tipusos övsömörben nyilvánulhat meg, mely övsömör fertőzés útján más egyénen bárányhimlőt hozhat létre”. A székfoglalót a következő mondatokkal fejezi be: Tekintetes Akadémia! A herpes zooster varicellusos kórképének alapját 35 évvel ezelőtt, pályám kezdetén raktam le s boldognak érzem magamat, hogy öregkoromban megvan az a megnyugvásom, hogy az idők folyamán általam kiépített kórképet a bel- és külföld szakemberei az érvek mérlegelése mellett és súlya alatt elfogadták”. A tényekre való friss felfigyelés, az érvek mérlegelése és helyes súlyozása — ez volt orvosi munkájának módszere. Ez minden tudományos munka alapja.

Hiressé vált diftériás betegein végzett intubációjával is. Az O'Dwyer által javasolt intubációt hazánkban először ő végezte 1890 augusztusában. 1892-ben már száz gyógyult intubációs esetről számolt be. Ő vezette be a Behring-féle anatoxint (mai terminológiával antitoxin) is 1894-ben. 1906-ban „1559 intubált croup-esetem statisztikai átnézete” című tanulmányában az Orvosi Hetilapban a következőket olvashatjuk: 1891 január havától 1905 január haváig, tehát tizennégy év lefolyása alatt összesen 1559 betegnél végeztem intubációt”. Fenti időben összesen 3648 diftériást kezelt a kórház. Sikerkült a diftéria addigi közel 80%-os mortalitását az intubációval 53%-ra, majd a szérum és intubáció együttes alkalmazásával 22%-ra csökkenteni. Ez ebben az időben több mint 2000 megmentett lélek. 1911-ben jelent meg Flesch Árminnal és Bókay Zoltánnal együttes munkájában a „Gyermekorvoslás Tankönyve”. A könyvben rengeteg saját tapasztalata, jó kritikai készsége, betegeinek sorsáról való sok-sok meditációja összegezódik. Művében korrekciós tényeket ismertet és vitatott kérdésekben olyan helyes kritikai álláspontot foglal el, hogy a tankönyv adatainak többsége ma is helytálló. Az angolkóról például a következőket olvashatjuk: „A téli hónapokban gyakrabban észleljük, mint a nyári és őszi időszakban. A vezetésem alatt álló kórház népes ambulanciáján nyert tapasztalataim azt mutatják, hogy székesfővárosunkban a súlyos esetek legsűrűbben március és április hónapban, leggyérebben ellenben augusztus, szeptember, október és november havában láthatók”. „Ikrek, koraszülött gyermekek, valamint oly gyermekek, kik gyors egymásutánban jöttek a világra, angolkórra különösen hajlamosak”. A rachitis kezelésében a szabadban tartózkodást, falura küldést, tengerparti nyaralást tartja legeredményesebbnek. Sok zavaros teóriát kritizál, közöttük a nagy tekintélyű parisi Parrot véleményét, aki a rachitist a

lues egy formájának tartotta. Kora nagy német gyermekgyógyászata, az A. Baginsky berlini gyermekprofesszor által többször kiadott „Lehrbuch der Kinderkrankheiten” 1912-es kiadása például a fenti tényeket nem ismerteti és az angolkór kezelését dyspepsia-kezelésben és ipechachuana óvatos adásában összegezi.

Kontinensünkön nagy tekintélyt szerzett, nevét és munkáit jól ismerték, becsülték, számon tartották. Az intubáció hasznáról vallott nézetét sok nemzetközi kongresszus heves vitájában kellett megvédenie — és a német—osztrák gyermekgyógyászat lassan elismerte, hogy az amerikai O'Dwyer tanácsát követő magyar gyermekorvos helyes kezelési elveket vall. A Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde egyik alapító tagja. A társaság 1927. szeptember 11-én Budapesten, a Tudományos Akadémián tartja 38. Évi Nagygyűlését, melynek elnöke Bókay. Ő, mint a társaság seniorja tartja az elhunyt Heubner Ottó feletti emlékbeszédet, úgy is, mint a Berlin-Charlottenburgi Augusta-Victoria-Haus volt professzorának bensőséges barátja. 1924-

ben megalapítja a Magyar Gyermekorvosok Társaságát. A Római Orvosi Akadémia (1905), a Bécsi Belgyógyász- és Gyermekorvos Társaság (1910), a Német Gyermekorvos Társaság (1925), a Hallei Császári Természettudományi Akadémia (1925) és a Budapesti Orvosegyesület (1929) tüntette ki dízdoktori oklevéllel, tiszteleti tagsággal. 1937-ben bekövetkezett halála után nem csak magyar orvosok, (Verebély, Flesch, Hainiss, Petényi, Gegesi Kiss), de Czerny, Wieland és Hamburger méltatták munkásságát.

Megemlékezésemet azokkal a sorokkal zárom, melyekkel a Stefánia Szegénygyermek-kórház Egyesület búcsúzott tőle:

„Tudós volt és kutató, aki a gyermekgyógyászatot a tudományos világ által elismert nagy eredményekkel vitte előre. Mint jóságos gyermekorvos, az emberiség gyenge bimbóit mérhetetlen szenvedésektől szabadította meg és megszámlálhatatlan honpolgárt mentett meg működésével a hazának.”

Miltényi Miklós dr.

Bókay János junior a tanítvány szemével

Bókay János junior, korának: a XIX. század utolsó negyedének és a XX. század első harmadának egyik legkiválóbb gyógyító gyermekgyógyász orvosa volt, ezzel együtt, vagy talán éppen ezért a gyermekgyógyászat oktatásának kiemelkedő professzora és a magyar klinikai orvostudománynak nagyszerű szervezője és művelője. Klinikáján, a Budapesti Egyetemi Gyermekklinikán, az egykori „Stefánia Szegénygyermek Kórház” kórtermeiben szigorú példás rend uralkodott és az a gondolat érvényesült, ami a medikusok oktatására szolgáló tanterem falán is ott volt nagy betűkkel: „*Salus aegroti suprema lex esto!*”. A beteg érdekének az egész klinika élete és rendszere mindent alárendelt. Beleértődött ebbe az alárendeltségi rendbe még az oktatás és a tudományos munka is. Ez a klinikai rendszer és rend nyilvánult formai és tartalmi szempontból egyaránt. A klinikát vezető professzor a saját maga és a munkatársai napi beosztását is szigorúan ehhez a rendhez igazította. Mindennap, beleértve a vasárnapokat is, pontosan reggel 9 órakor megérkezett a klinikai járóbeteg-rendelő és laboratórium helyiségeit tartalmazó épületrészlegébe, minden helyiségbe bement, beszélt az ott dolgozó orvosokkal és pontosan 1/210-kor innen ájtott a fekvőbetegek számára szolgáló épületbe: az egykori „Stefánia Szegénygyermek Kórház”-ba. Ekkorra már a professzori szoba elő részlegében ott kellett gyülekeznie minden orvosnak. A professzor mindenekelőtt átnézte, felülbírált és aláírta a receptkönyveket, majd a teljes orvosi karral együtt megtartotta a napi „betegvizitét”. Ágytól ágyig menve foglalkoztak

minden beteggel, kiemelten az újonnan felvettekkel. Vasárnapra jellemző volt a professzor kijelentése: „Ma vasárnap van, nincsen semmi más dolgunk, ma ráérünk, nagyvizitét tartunk.” És ment a klinika egész orvosi kara, élén a professzorral kórteremről kórteremre, a mellékhelyiségeket sem hagyva ki, mert nemcsak a beteggel foglalkoztak, hanem ellenőrizték a mellékhelyiségek tisztaságát is.

A hétköznapiak délutáni napirendjéhez tartoztak a tantermi előadások a medikusok számára. Abban az időben a gyermekgyógyászatot két fél-éven át heti 5 órában kellett az V. évben hallgatni délután 3 és 4 óra között. Bókay nagyon egyéni módon tartotta előadásait. Előadása közben el-elhagyta a katedrát és a tanterem 3 oszlopban levő padjai közötti folyosószerű részekben járkálva mondotta az anyagot, ábrák, fényképek vetítésével gazdagítva a szöveget. A tantermi előadásokat mindig ő tartotta, kivétel csak a kari ülések napja volt, csak ezeket az órákat adta át helyettesének, Bókay Zoltánnak, aki akkor már egyetemi magántanár volt.

Előadásait alátámasztandó a tanteremben rendszeresen beteg gyermeket, csecsemőt is bemutatott. Sokáig mulattunk mint éretlen medikusok egyik előadási betegbemutatáson történeken. Egy pár hónapos csecsemővel akarta demonstrálni a köldök elváltozásait, és a kis meztelen csecsemőt a tenyerén tarva vitte végig a padosorok között, hogy lehetőleg mindenki közelről láthassa a köldökelváltozást. Eközben egyszerűen csak a kis csecsemő

megijedt tőlünk, sírni kezdett, és professzor tenyerébe engedte a székletét. Bókay a csecsemőt átadta a tantermes tanársegédnek, a tenyerét pedig felénk fordítva mondotta: „aransárga színű, kenőcsös konzisztenciájú, — és megszagolva — savanykás szagú: normális anyatejes széklet.” Csak ezután mosta meg kezét és folytatta a köldök betegségeiről szóló előadását.

Nemcsak azokat az ismereteket adta elő, amelyek már benne voltak a tankönyvében, hanem feldolgozta és a medikus órákon előadta a klinikum szempontjából fontos új tudományos irodalmi anyagokat is. A szigorlatokon, melyeket a kórtérmekekben tartott, ezeket az előadási anyagokat is kérdezte. Magam is nála szigorlatozva nagyon megjártam e módszere miatt. Olyan ismereteket kérdezett 1923-ban az én szigorlatomon, amiket *Adalbert Czerny* német professzor csupán pár évvel korábban vezetett be a klinikai fogalmak közé: az exsudatív diathesist. Mivel ez nem szerepelt a korábbi években (1912) megjelent Bókay-féle tankönyvben, emiatt én bizony erről semmit sem tudtam. Az volt a szerencsém, hogy a második kérdése a diphtériás croup volt, és mivel erre jól tudtam felelni, elégséges jellel átengedett a szigorlaton.

Az oktatás és nevelés kérdéscsoportához tartozik a Bókay-féle szakorvosképzés és mai elnevezéssel a „tudósképzés”. Ez is a már említett klinikai szolgálat rendszerén épült fel. A Bókay vezette klinika beosztásában minden betegcsoportnak külön osztálya és járóbeteg-rendelése volt. Mivel nemcsak a szűken értelmezett belgyógyászati jellegű betegségben szenvedő csecsemőket és gyermekeket vették fel, hanem az ún. határeseteket: sebészeti, fül-, orr-, gégeészeti, sőt, korábban szemészeti, ortopédiai, fertőző betegségekben (diphteria, scarlatina, morbilli, Heine-Medin, tuberkulózis, veleszületett lues, etc) szenvedőket is, ezen betegek számára is osztályok és járóbeteg-rendelők voltak. A sebészeti, fül-, orr-, gégeészeti, ortopédiai osztályokat kiemelkedő tudósok, rendkívüli tanári címmel felruházott főorvosok vezették Bókay központi igazgatása és ellenőrzése alatt. A klinikai orvosok meghatározott rendszerrel cserélve az osztályokat 3 hónapig voltak beosztva egy-egy osztályra, így kötelezően minden osztályra elkerültek és megtanulták a különböző szakmák gyermekgyógyászati tudnivalóit. Minden orvosnak az adott osztályra beosztva a rutinmunkák mellett a főorvosok vezetése mellett el kellett végeznie a kisebb műtéteket az említett szakmai területeken, ugyanígy az *altatási* tenivalókat is. A meghalt betegeket a klinika saját prosecturáján boncolták és ezeken a szekciókon ugyanúgy részt kellett venni a professzor vezetése mellett minden orvosnak, mint a napi viziteken. E kiképzési rendszerben a fiatal orvosok kellően tájékozottak lettek a szélesen értelmezett csecsemő- és gyermekgyógyászat úgyszólván minden problémájáról. — Abban az időben szakorvosi vizsga nem volt, hanem 2 évi klinikai szolgálat után a professzor írásos igazolása alapján a fővárosi illetékes hivatal kiállította a szakorvosi bizonyítványt. Az osztályos orvosokat a kórtérmi tanársegédek, azokat a vezető tanársegédek, ezeket az adjunctus és végeredmény-

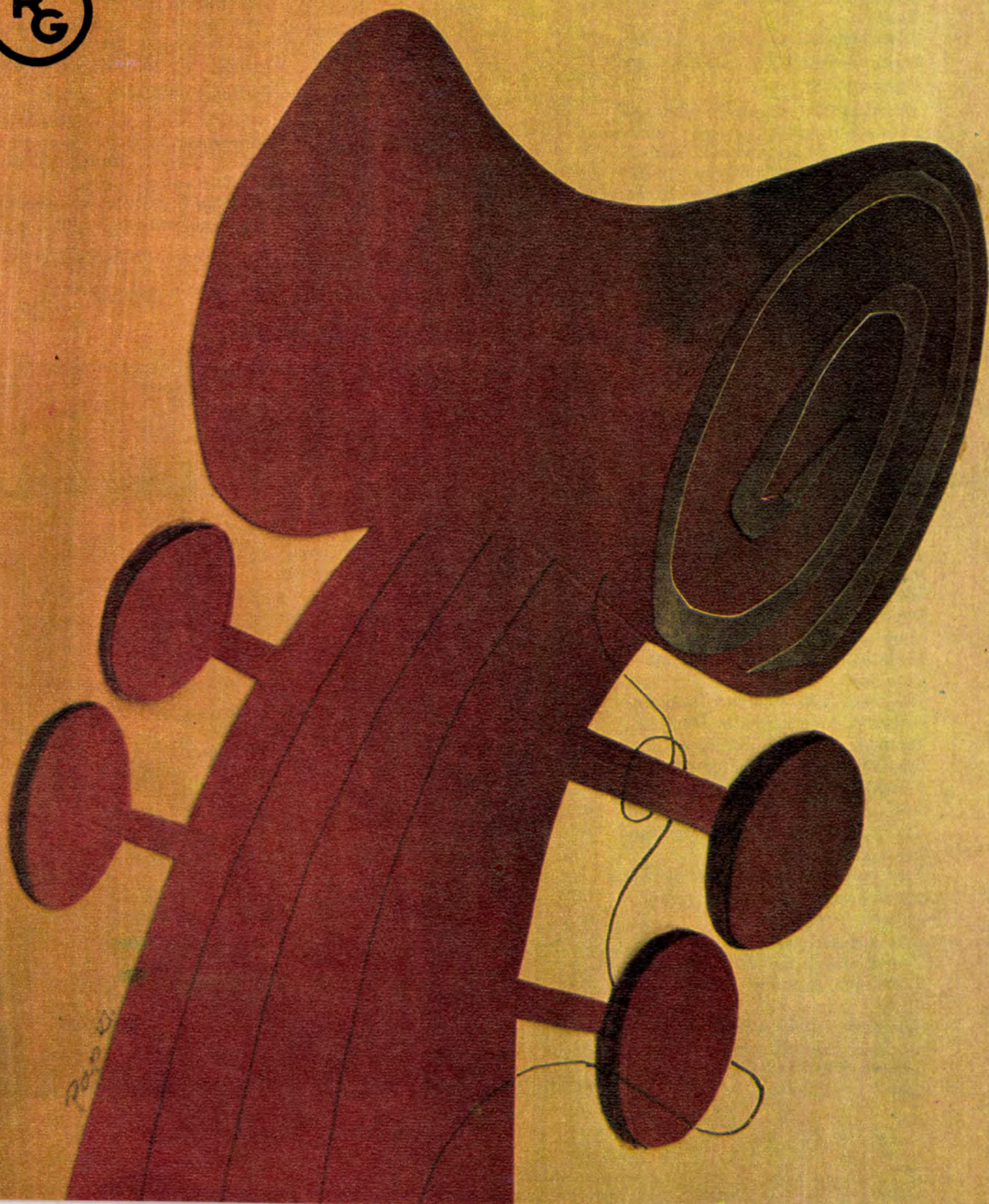
ben a professzor a napi vizitek betegségmegbeszélésein, a diagnózisok felállítása és a terápia elhatározása folyamán ellenőrizték, tanították, nevelték. Az orvosképzésnek és a betegellátásnak fontos részei voltak a délutáni betegvizitek. Ezek fél ótkor kezdődtek és az osztályvezető tanársegédek tartották. Eközben írták meg a kórrajzokat és vezették a dekurusokat is. A kórrajzot: a status praesent, az esetleges kórelőzmény-kijavításokat, a dekurus számára a napközben észlelteket és a megtörtént kezeléseket a tanársegédek diktálták és mi, fiatal gyakornokok írtuk be a kórlapba. Ebbe a munkába tartozott két hétköznapi délután az ún. „szülői látogatás”-on való jelenlét. Ekkor kellett tájékoztatni a szülőket a gyermekük állapotáról, betegségéről és a gyógyulás lehetőségeiről. Ez bizony nem volt könnyű munka. A gyermekgyógyászat gyakorlatainak viszont elengedhetetlen része és ezt is meg kellett tanulni Bókay szellemében végezni. E szempontból volt talán a legigényesebb. Követelményeit és egyben a szakmai tudáson és következetességen túl Bókay mély emberiségét jól mutatja az a kis jelenet, ami egyik szokásos napi vizitjén történt. A sebészeti műtő folyosóján egy anya sirdogált. Bókay hozzálépett és kérdezte, „Mi baj van?”. Az asszony elsírta, hogy kisfia bent van a műtőben, most operálják. Belépve a műtőbe, látta, hogy a sebész (Koós Aurél prof.) még mosakszik és a kisfiú ott fekszik a műtőasztalon. Rászólt a sebészre: „Kérlek, Aurél, miért hoztad már be a kisfiút, hiszen még csak mosakodtok, a szegény anyának kint nem mindegy, hogy negyedórával többet izgul a feltétlen szükségesnél.” — Ezt a rászorulóval teljesen vele érző emberiséget a tanítvány nem tudja elfelejteni.

Ebbe az orvosi iskolába magam több mint 60 éve, 1922-ben kerültem, mint V. éves medikus, itt szigorlatoztam egy év múlva 1923-ban és doktorrá avatásom után itt töltöttem az úgynevezett „cseléd-könyvezés” idejét is, és ide kerültem, mint belső tag, mint fizetéstelen egyetemi gyakornok 1924-ben.

Emlékezetes az a találkozás, mikor a klinika akkori személyi ügyekkel foglalkozó tanársegéde, dr. Tüdös Endre mint új klinikai tagot bemutatott a professzornak. Azt kérdezte: „Olvasta, kérem, doktor úr, Goethe Faustját?” — Igen válaszmra azzal fejezte be az útnak indításomat: „*ahogyan Faust eladta a lelkét, úgy kell Önnek is eladnia magát a gyermekgyógyászat művelésére*”. Azóta, mint a Bókay-iskola tagja folyamatosan itt dolgozom a klinikán. Ebből a 60 évből több mint 5 év Bókay közvetlen igazgatói professzori vezetése alatt történt. Aktív működése utolsó éveiben megtisztelt azzal, hogy a legfontosabbnak tartott tudományos munkájához egyik munkatársul választott és a diphtériáról szóló monográfiájának („Die Diphterie seit Bretonneau”) az elektrokardiográfiáról szóló fejezetét velem íratta meg. Jóval később tanításait követve mint ugyanennek a klinikának igazgató professzora dolgoztam több mint 25 éven át 1946 és 1971 között, így bőven volt alkalmam lemérni Bókay felfogásának, tanításainak, gyakorlati és elméleti követelményeinek helyességét és tartósságát.

CAVINTON[®]

injekció, tableta





CAVINTON®

injekció tabletta

ÖSSZETÉTEL:

1 tabletta 5 mg vinpocetinumot,
1 ampulla (2 ml) 10 mg vinpocetinumot tartalmaz.

HATÁS: A Cavinton javítja az agyi perfúziót és ezáltal az agy oxigénellátását.

Állatkísérletekben javítja a kísérletesen létrehozott hypoxia utáni agy regenerációt.

JAVALLATOK. *Orálisan:* különböző eredetű (postapoplexiás, posttraumás vagy sclerotikus), agyi keringészavarok psychés vagy neurológiai tüneteinek, emlékezőszavarok, aphasia, apraxia, mozgászavarok, szédülés, fejfájás csökkentésére, a klimaktérium szindróma vasovegetatív tüneteinek kezelésére. Hypertensiv encephalopathia, intermittáló vascularis cerebrialis insufficiencia, angiospasticus agyi kórképek, továbbá endarteritis cerebri. Ischaemiás agyi károsodásokban, előrehaladott agyi arteriosclerosisban a kollaterális keringés javítására.

Szemészetben az érhártya és ideghártya vascularis, elsősorban arteriosclerotikus, ill. angiospasmus okozta maculadegenerációk, partialis thrombosisok, érelzáródás következtében kialakuló másodlagos zöldhályog.

Fülészetben korral járó vascularis vagy egyes toxikus (gyógyszeres) halláscsökkenés, labyrinth eredetű szédülés.

Parenterálisan: kizárólag cseppinfúzióban. Neurológiai indikációban olyan akut, gócos ischaemiás cerebrovascularis kórkép, amelyben a vérzéses eredet biztonsággal kizárható.

ELLENJAVALLAT. *Orálisan:* terhesség.

Parenterálisan: Súlyos ischaemiás szívbetegségek, súlyos szívritmuszavarok. Terhesség.

ADAGOLÁS: *Orálisan:* Naponta 3×1–2 tabl., a fenntartó adag napi 3×1 tabl., hosszabb időn keresztül.

Parenterálisan: kezdő napi adag 20 mg lassú cseppinfúzióban (2 amp. tartalma 500–1000 ml infúziós oldatban) infundálva. A továbbiak-

ban a szokásos napi adag 30 mg (3 amp. tartalma 500–1000 ml infúziós oldatban), lassan cseppinfúzióban infundálva.

Amennyiben a beteg állapota szükségessé teszi – és a toleranciája megengedi – óvatosan emelve az adagot, a tizedik napon az infúzióban adott napi összmenyiség elérheti az 1 mg/tskg-ot. A készítmény iv. és im. nem alkalmazható.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS.

Az eddigi tapasztalatok szerint a tabl. interakciót nem okoz, ezért kombinációs kezelésre is alkalmas. Az injekció heparinnal incompatibilis, ezért az infúziót olyan beteg nem kaphatja, aki heparin-kezelésben részesül.

MELLÉKHATÁS. Kismértékű vér-

nyomáscsökkenés, ritkán tachycardia, extrasystole fordulhat elő. Tartós kezelés esetén a vérképet ellenőrizni kell időnként.

FIGYELMEZTETÉS.

Parenterális alkalmazás során az ampulla sorbitol-tartalma miatt diabetesesek vércukorszintje a kezelés alatt ellenőrzendő.

MEGJEGYZÉS. ✖ A *tabletta* csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető. Az *injekció* csak fekvőbeteg-gyógyintézeti felhasználásra van forgalomban.

CSOMAGOLÁS: 10 amp. (2 ml)

50 tabl.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST



A tudományos munkát a saját kora felfogásának megfelelően a klasszikus folyamatos klinikai megfigyelés, az észlelteket pontos elemzése és az adatok céltudatos regisztrálása és gyűjtése jellemezte. A klinika rendkívül nagyszámú és az egész országból ideözönlő betegeinek minden különös esetét tudományosan önmaga és tanítványai feldolgozták felhasználva a klinika saját prospektúrájának vizsgálati anyagát is és az egyes esetekből, a *kazuistikából kiindulva vontak le az egyes eseten túl mutató általánosítható következtetéseket*. A klinika egész évi fekvő- és járóbeteg-forgalmának (évente több tízezer beteg) részletes statisztikai feldolgozásával pedig a tudományos munkán túl az ország egészségügyi helyzetének felmérését és az ebből fakadó szervezési tennivalók elhatárolását is segítette. Következtetései nem egy új kórképi és országos egészségügyi, járványügyi összefüggés felismerését eredményezték. Tudományos eredményeit nemcsak tankönyvében összegezte, nemcsak hazai és külföldi folyóiratokban publikálta, melyeknek szerkesztő bizottsági tagja volt, hanem bevitte az „*Orvosegyesület*” rendszeres pénteki üléseire, melyeken mindig jelen volt és vitákban intenzíven részt vett. Természetesnek tartotta azt is, hogy a Magyar Gyermekorvosok Társasága nagygyűlésein maga és klinikájának tagjai aktívan részt vegyenek. Nemcsak a Társaság kongresszusain vett részt, hanem úgyszólván minden gyermekgyógyászati tárgyú előadást meghallgatott és az előadásokat követő vitában részt vett. Mint saját kora legtekintélyesebb tudósának elismerő szavai, tovább munkálkodásra buzdítóak, nagy jelentőségűek voltak. Ha viszont az előadó valamilyen nézetével nem értett egyet, ennek is hangot adott. A mindenre kiterjedő alapos tárgyismerete és a biztos kritikai szellemének megnyilvánulása a vitákban rendkívül tanulságos és továbbképző volt a hallgatóságra. A vitatkozásban, ha a nézete eltért az előadótól, soha nem használt személyeskedő vagy bántó, lekicsinylő szavakat, hanem az idősebb, tapasztaltabb tudós szeretetteljes segítőkészsége érződött a jól választott, szinte gyengéd kifejezésekben. Annak köszönhetette nagy hatását, hogy a mindenkor objektivitás, a szóban levő kérdésben a legjobb, a helyes megoldás keresése és a tudomány adott fejlettségének realitásai iránti érzelme felszólalásaiból mindig kiérződött. Ekként a gyermekorvosi továbbképzésben szinte nélkülözhetetlen volt a szerepe. Különösen kiélezett vitákban volt lényeges a barátságos, emberszerető lénye, a másik orvos iránti tapintatos magatartása. Hatását nemcsak a nagy tudása, tapasztalata miatti nagybecsülésnek, hanem az iránta kialakult általános emberi elismerésnek köszönhetette.

Bókay János junior, mint orvoskutató is első sorban klinikus maradt. Minden kutatási gondolata a betegágytól, a magyar egészségügy gyakorlatától indult el és a tudományos eredmény a betegágyhoz, az általános egészségügyhöz torkollott. — Kiemelkedő klinikussá tette őt kiváló megfigyelőképessége, a minden részletre kiterjedő gondos betegészlelése, törhetetlen szívóssága, lelkiismeretessége, szorgalma és mindenekfelett *a beteg gyermek*

szeretete és féltése. Utánozhatatlan emberi együttérzéssel kérdezgette a beteg gyermek szüleit, vizsgálta, bátorította őket, közben a kórelőzményfelvétellel megtudott a betegsége vonatkozóan minden fontos részletet. A csecsemő és a gyermek megvizsgálásának technikáját mesteri fokra emelte és a vizsgálatok befejeztével a hatalmas tapasztalata, világos értékelő képessége lehetővé tette a maga korában szinte tévedhetetlen döntését, mind a gyógyítás, mind a nyert adatok tudományos feldolgozását illetően. Tudományos munkamódszere — amint már említettük — jellegzetes klinikai orvostudományos módszer volt. A vezetése alatt működő gyermekklinika évi sok tízezres számú fekvő- és járóbetegei közül nagy elméleti felkészültséggel és klinikusi tapasztalattal ismerte fel, válogatta ki a korábban vagy egyáltalán pontosan le nem írt betegségeben szenvedőket, vagy a ritkán előforduló, az általános orvosi megszokottól eltérően megjelenő kórképeket. Nemcsak ezekben a különös esetekben, hanem általában a gyermekkori betegek gyógyításában fáradhatatlanul tanulmányozta és a klinikumba bevezette az újabb és az eddiginél eredményesebb gyógyszereket, a közvetlen gyógyító és a megelőző eljárásokat.

E felfogáson épül fel, mint alapon, a gyermekgyógyászati orvostudomány művelése ma is. Természetesen ma már a klinikai megfigyelésekből levont általánosító következtetések helyességét ellenőrzi a kutatás a mai kor követelményeit figyelembe véve és a lehetőségeit felhasználva állatkísérletekkel és sokrétű laboratóriumi vizsgálatsorozatokkal. Ugyanez a módszer jellemzi a diagnosztikai és terápiás új eljárások bevezetését is.

Most, amikor születésének 125. évfordulóján Bókay János juniorra, mint a magyar modern gyermekgyógyászati gyógyító-megelőző gyakorlat, valamint az oktatás és a tudományos munka megalapítójára, a Magyar Gyermekorvosok Társasága megszervezőjére, a kiváló klinikusra, oktatóra és tudósra emlékezünk, különösen *szükségesnek és fontosnak tartom, mintegy megkoszorúzva életművét, egy másik alapkövetelményét és tanítását hangsúlyozni: „Nil nocere!”*. A klinikumban semmilyen „tudománykodás”, semmilyen messzire néző elképzelés kedvéért nem engedte a kórteremben a „Nil nocere” törvényét megszegni. És ezt a törvényt a klinikumban ma is szigorúan betartjuk és betartatjuk. Az önmagáért való tudománykodó kíváncsiszkodás, a megalapozatlan kísérletezgetés az adott beteg emberre jóvátehetetlenül végzetes lehet. A klinikus bármilyen nagy tudós is, nem tekintheti a betegeket csak saját tudományos anyagának, hanem első sorban szenvedő, segítségre szoruló, tulajdonképpen a klinikának teljesen kiszolgáltatott embereknek. A kísérletezéseknek, a tudományos kíváncsiszkodásnak csak a laboratóriumokban és az állatkísérleteknél van a helye.

Mi, magyar gyermekorvosok, néhányan még közvetlenül, mások közvetve mind Bókay János juniornak vagyunk tanítványai. Az ő tanításait és mindennapi orvosi, kutatói és vezetői példamutatását követtük és követjük — természetesen korunk követelményeinek és lehetőségeinek keretein

belül. Az ő mélyenszántó emberi és orvosi eszméit és gyakorlatát érleljük tovább, fejlesztjük tovább azzal is, hogy igyekszünk elsajátítani és a mi körülményeink közé adaptálni lehetőleg mindent, amit a világ tudományos élete produkált és produkál. Abban is Bókayt követjük, hogy ma is folyamatosan személyi- és könyveink, folyóirataink közleményeink segítségével, irodalmi, gondolati kapcsolatot tartunk a világ vezető gyermekgyógyászati intézményeivel és azoknak orvosaival, kutatóival részt vállalva a nemzetközi tudományos kongresszusok munkájában: kölcsönösen kicserélve egymás tudományos és gyakorlati eredményeit, tapasztalatait. Meggyőződésünk, hogy így szolgáljuk híven a magyar egészségügyet, az orvostudományt és a magyar családok, magyar gyermekek jól felfogott érdekeit, és ekként emlékezünk méltóan tanítómesterünkre, *Bókay János juniorra*. Ő egy nagy magyar orvosi iskola összegyűjtött gyakorlati tapasztalatait és ezen iskola munkatársaival felderített, korukban új tudományos felismeréseket közvetített

és mentett át számunkra. Schoepf-Merei Ágost (1805—1858), az ő közvetlen tanítványa és tanszéken követője, id. Bókay János (1822—1884) és az ő közvetlen tanítványa, professzori utóda és fia, ifj. Bókay János (1858—1937) több mint egy évszázadon át egy ugyanazon tudományos életfolyamat szerves részeseként meghatározták a magyar gyermekgyógyászati gyakorlatot és tudományt, és mind a hazai, mind a nemzetközi gyermekgyógyászatban óriási tekintélyt vívtak ki tevékenységükkel nemcsak saját személyüknek, hanem az egész magyar gyermekgyógyászatnak. Mi ezen iskola közvetlen és közvetett tanítványai büszkék vagyunk és szerencsésnek érezzük magunkat, hogy nagy mestereink tudományos és gyakorlati hagyományait tovább ápolhattuk, fejleszthettük és átadhattuk a bennünket követőknek és így részesesivé válhattunk ennek a csodálatos tudományos életfolyamatnak.

Gegesi Kiss Pál dr.

Bókay János junior, a Magyar Gyermekorvos Társaság alapítója

A nevezetes évforduló alkalmával feladatunknak azt tekintem, hogy Bókay János jun. személyiségének arra a meghatározó hatására mutassak rá, amit az egész magyar gyermekorvos társadalomra kifejtett. Első gondolatként a tradíció jelentőségét szeretném kiemelni. Erről olyan értelemben kívánok szólni, ahogy a tradíciók fontossága számomra megvilágosodott.

Néhány évtizednek el kell telnie az ember életében ahhoz, hogy egyszerre elkezdje érdekelni és értékelni, hogy honnan jött, kinek mit köszönhet az életében. A dolgokat a maguk összefüggésében kell látnunk ahhoz, hogy rájövünk, közvetlen elődeink és rajtuk keresztül még korábbi generációk jelentős alakjai, törekvései élnek bennünk, ilyen példaképek határozták meg, mit tartunk fontosnak és helyesnek, de olykor még egyes helyzetekben, például a beteggel való kapcsolatfelvétel módjában is megnyilvánulnak ezek a hatások. Nem véletlen, hogy a „Gyógyító tudósok” című legutóbbi könyvben mindkét budapesti nyugdíjas gyermekgyógyász professzorunk elidőzik Bókay professzor személyénél. Magam ezekben a hatásokban már csak közvetítéssel részesülhettem, de hogy részesültem, azt akkor volt alkalmam felismerni, amikor kezembe kerültek régi jegyzeteim és meglepetve kellett tapasztalnom, hogy számos egészen sajátomnak gondolt álláspont, sőt ötlet jó részének forrásai az egyetemi előadások, majd nem utolsósorban azok a szenvedélyes viták, amiknek később fiatal kezdő gyermekorvosként tanúja lehettem a Gyermekorvos

Társaság ülésein. Mindezek tudatossá válása azonban nemcsak hálát ébreszt elődeink iránt, hanem arra is indít, hogy magunk is közvetítői legyünk a tradícióknak a következő generációk felé. Nem szükséges nagyobb orvostörténeti stúdium, hogy belássuk, mi, ma élő magyar gyermekorvosok, több generációs áttétellel, közvetlenül vagy közvetve mindannyian Bókay Jánosék tanítványai vagyunk.

Ezen a hatáson túlmenően az ügy szolgálatában még messzebbre ment Bókay János jun., amikor a Magyar Gyermekorvosok Társasága létrehozását még a század elején kezdeményezte, végül is azt 1924-ben létre is hozta, ezáltal, az egyik legrégebbi Magyar Orvostudományi Társaság alapítója lett.

Bókay János példája nyomán vált hagyománnyá, hogy megtiszteltetés a társaság tagjának lenni, e társaságon belül küzdeni az egész magyar gyermekegészségügy fejlődéséért, a gyermekgyógyászati tudomány haladásáért, a társaságon belül elsőként közzétenni és megvitatni legújabb hazai gyermekgyógyászati tudományos eredményeket, ápolni a nemzetközi szakmai kapcsolatokat, művelni a gyermekorvosi szakirodalmat, legnagyobb megtiszteltetés e társaságban tisztséget viselni, a társaság kitüntetéseit kiérdemelni.

A Magyar Gyermekorvos Társaság elnöksége, egész tagsága nevében tisztelettel adózom a Társaság nagy alapítójának, a magyar gyermekorvoslás nagy alakjának, Bókay János juniornak emléke előtt.

Boda Domokos dr.



Szülészet és nőgyógyászat

Apai felelősség. Scott, J. (Szerkesztési közlemény), (University of Leeds): Brit. J. Obstet. Gynaecol. 1982, 89, 785.

A csak terhességben előforduló súlyos betegséget hipertensio, proteinuria, oedema majd végül görcsök jellemzik és komoly veszélyt jelent mind az anyának, mind a magzatnak. Oka ismeretlen és még elnevezésében sincs egyetértés, toxæmia, praeclampsia, eclampsia, terhességi hipertensio vagy gestosis. A csokorból talán a gestosis a legjobb, mivel szó szerint azt jelenti: terhességi betegség.

Az ok megtalálására a huszadik században tett kísérletek története egyszer majd az orvostörténelem igen komikus fejezetét fogja alkotni. A chicagói Lying-in Hospital falába a felfedező nevének bevésése elhelyezett kőnek ebben központi és szerencsétlen szerepe volt. Egyetlen kórokat feltételezett, ami ma valószínűtlennek látszik, de egy negyedszázada a vitát olyan tekintélyek kezdték el befolyásolni, akiket jobban érdekelt, hogy jogot formálhassanak azon a kővön elfoglalt helyre, mint a tudományos pontosság. Az egyszerű kommunikáció jelenlegi légkörében alig érthető, hogy nem is olyan régen olyan emberek befolyása miatt, akik a tolokodó tények által sem akadályozva terjesztették saját tanaikat és akik nyilvánvalóan azt hitték, hogy egy elegendő meggyőződéssel és gyakorisággal ismételt állítás az igazság szerepét töltheti be, az igit lehetetlen volt, hogy új ötletek vagy megfigyelések páratlan elbírálást nyerjenek.

Ezt a sötét időszakot azután kutatási reneszánsz követte vagy 20 évvel ezelőtt, sok jó munkát végeztek, de az nagyrészt olyan dolgokra koncentráltak, mint a coagulatio zavara, amely a kórfolyamatban inkább másod- vagy harmadlagos szerepet játszik és nem kiváltó tényező. Chesley (1978) nagy, elfogulatlan összefoglalója az eddig feltárt tényekről sokat tett, hogy tisztázzuk a képet és elválasszuk a tényeket a legendáktól. Az átfogó népességvizsgálatok pedig, főként MacGillivray munkacsoportja Aberdeenben, tisztázták az epidemiológiai alapokat. Recesszív genetikai faktorok jelentős hatást látszanak gyakorolni, de az adatok elemzése nem bizonyított minden esetben genetikai mechanizmust, amely a foetomaternalis kölcsönhatás is új megvilágításba helyezheti. Ezt a magzati genotípus vagy egy genetikusan megha-

tározott immunválasz eltérése okozhatja. (Cooper és Liston 1979.) Az apai tényezőket általában alig vették figyelembe.

Az anekdotikus közléseknek nincs sok becsülete manapság, pedig egy friss anekdota több gondolatot kelthet, mint egy unalmas disszertáció. Need (1975) leírt egy asszonyt, akinek első terhességében ikrei voltak, a 37. héten szült és mindvégig normotensív volt, következő — új partnertől származó — terhességében súlyos gestosis alakult ki a 32. héten. Mind a beteg, mind pedig partnere genetikai vizsgálatát elvégezték. Ez az egyetlen közlés sokat tett az anya és apa közötti immunológiai viszonyok kutatásának felénkítéséért. Astin és mtsai (1981) leírt egy férfit, aki feleségét vesztette el eclampsia-ban. Chang pedig (az idézett számban) leír egy asszonyt, akinek három zavartalan terhessége volt az első férjétől, mind a második, mind a harmadik férjétől származó első terhességében súlyos eclampsia-ban szenvedett. Még érdekesebb, hogy a harmadik férjétől való második terhességben normotensív maradt. Ha semmi más nem, ez rávilágít arra a tényre, hogy a nemző partnernek a modern társadalom által megengedett gyakori cseréje — társadalmilag bármilyen gondot jelentens is — az apai hatások kutatására nagy lehetőségeket tartogat. Ezeket majdnem teljesen figyelmen kívül hagytuk, talán, mert a régi tanítás azt mondja, hogy az apaság kérdése ritkán kapunk őszinte választ. Tetszik vagy nem tetszik, az 1980-as évek asszonya általában szemérmeskedés nélkül számot ad az összes lehetőségekről.

Feeney és Scott (1980) 34 201 beteget áttekintve azt találták, hogy súlyos gestosis, előző normotensív terhesség után, szignifikánsan gyakoribb volt, ha az apa közben megváltozott. Ikedife (1980) azt közölte, hogy 46 eclampsia-s multipara közül 34-nek új apától származó első terhessége volt. Sargent és mtsai (1982) az inaktív anyai lymphocytákra adott anyai lymphocytá választ tanulmányozva azt találták, hogy az szignifikánsan csökkent súlyos gestosisban.

A gestosis okának kiderítésére végzett vizsgálatokban sok nehézség abból eredt, hogy a leggyakoribb hajlamosító tényezőre (primigraviditás) koncentráltak a legsúlyosabb (mola hydatidosa) helyett. Molaterhességben a gestosis előfordulása már igen korán eléri az 50%-ot. A primigraviditás hatása sokkal gyengébb és másképpen is magyarázható. Lehetséges, hogy

nem a gestosisra predisponáló első terhesség okozza, hogy az adott terhesség nagyfokú védettséget biztosít a továbbiakra, legalábbis ugyanazon apa esetén. Az a bizonyíték, hogy a megelőző vérátömlesztés védő hatású lehet (Feeney és mtsai 1977) részben alátámasztja ezt a nézetet, bár inkább az idegen — és nem az apaságra specifikus — antigének hatására mutat.

Dramai, mégpedig a lehetséges apai faktorokkal szorosan összefüggő fejlemény következett a trophoblast tumorokkal kapcsolatos vizsgálatokból. Kajii és Ohama (1977) vizsgálatai óta, akik leírták, hogy a 46,XX kromoszómakészletű molákban mindkét sor apai eredetű (apai parthenogenesis), kiderült, hogy második apai eredetű kromoszómasor gyakori más molákban is, legyenek azok bár 46,XY vagy triploid készletűek. Felfedezésük olyan forradalmi (Nobel-díjra érdemes?), hogy a szülészek még ma sem mérték fel hatását, noha az kiterjed erre a területre. Apai eredetű kromoszómákat tartalmazó trophoblast elengedhetetlen a gestosis létrejöttéhez és ma már nyilvánvaló, hogy az apai kromoszómák fölös száma minden egyénnél jobban fokozza ezt a veszélyt. Modern cytogenetikai eszközökkel végzett vizsgálatok megállapítják, hogy melyik az apai tényező a jelenségben. Fontos lenne tanulmányozni az apát, anyát és a conceptust az érintett terhességekben és kontrollokban, különös figyelmet szentelve a multigravidákban előző normotensív terhesség után jelentkező eseteknek.

ifj. Zalányi Sámuel dr.

Szemléleti torzulások a császármetszések indikációjában. Phillips, R. N. és mtsai (Department of Obstetrics and Gynecology, Mount Sinai School of Medicine, New York): JAMA, 1982, 148, 1082.

Az Egyesült Államokban az elmúlt évtizedben a császármetszések gyakorisága közel háromszorosára emelkedett. Míg 1970-ben a szülések 5,5%-át, addig 1978-ban már 15,2%-át fejezték be császármetszéssel. Ez a tendencia szakmai és laikus körökben egyaránt nyugtalanságot kelt. A National Institute of Health 1980-ban konferenciát rendezett ezen kedvezőtlen jelenség okainak feltárására. A műtétek indikációit elemezve megállapították, hogy azok mintegy harmadára az előzményben szereplő császármetszés, 12%-ra medencevégi fekvés, 5%-ra pedig magzati distress miatt került sor. Feltűnően magas (31%) a „dystocia” miatt végzett császármetszések aránya. (Ref.: A dystocia az angol nyelvterületen gyakran használt gyűjtőfogalom, azokat az eseteket jelöli, amikor a szülés fájásnyomás, rigid méhszáj, térránytalanság vagy egyéb okok miatt nem

halad kellőképpen. Magyarra leginkább „elhúzódó szülés”-ként fordíthatnánk.) A konferencia számos javaslatot tett a további vizsgálatokra vonatkozóan. Mindenekelőtt a „dystocia” indikációs kategória felülvizsgálatának szükségességét hangsúlyozták. Egyes vélemények szerint a császármetszések indikációjához olyan tényezők is szerepet játszanak, mint a szülés anyagi érdekeltisége, a defensiv medicina, azaz a kárterítési perektől való félelem, valamint kényelmi szempontok. Arra azonban nincsenek megbízható adatok, hogy ezek a tényezők milyen mértékben járulnak hozzá a műtétes szülések arányának emelkedéséhez.

A szerzők munkahelye a New York-i Mount Sinai Hospital egyetemi oktatókórház, ahol évente mintegy 3000 szülés zajlik le. A szülönők 58%-a magán páciens, 42%-a pedig osztályos beteg. Az osztályon 1979-ben 20%, 1980-ban pedig 21% volt a sectiós frekvencia. Ezen belül a „dystocia” miatt műtétet befejezett szülések aránya az 1979-es 24%-ról 1980-ra 30%-ra emelkedett. Ugyancsak nőtt a medencevégű fekvés miatt, viszont csökkent a magzati distress miatt végzett sectio caesareák százalékos aránya.

Azon feltételezésből kiindulva, hogy hétvégeken és ünnepnapokon a szülések időkimélessé céljából könnyebben szánják el magukat a műtetre, napok szerinti bontásban is tanulmányozták a császármetszések megoszlását. Elméletileg azt várhatnánk, hogy mind a szüléseknek, mind a császármetszéseknek $\frac{5}{7}$ -e (71%) a hét első 5 munkanapján, $\frac{2}{7}$ -e (29%) pedig a hétvégi két pihenőnapokon zajlik le. A valóság ezzel szemben a következő: A hüvelyi szülések 73%-a hétköznapokon, 27%-a hétvégeken zajlik, ez nem tér el jelentősen a várt arányoktól. A császármetszéseknek viszont 82%-át végzik a hét első öt munkanapján, és csupán 18%-át a hétvégeken. Ennek az az oka, hogy az ismételt császármetszéseket, a medencevégű fekvés és magzati veszélyeztetettség miatt tervezett műtéteket igyekeznek munkaidőben elvégezni. Vizsgálataik tehát nem támasztják alá azt a feltételezést, hogy az orvosok elhúzódó szülésre, vagy magzati distressre hivatkozva a hétvégeken és ünnepnapokon gyakrabban végeznek császármetszést.

A császármetszések arányának növekedése a szülészek szemléletében végbement változások és nem az anyagi haszonszerzés, ill. a kényelmi szempontok előtérbe kerülésének a következménye. A szemléletváltozás okai sokrétűek, az azonban kétségtelen, hogy azok a hét minden napján egyformán hatnak. Végezetül hangsúlyozzák, hogy mindent meg kell tenni a császármetszési frekvencia emelkedésének megállítására érdekében különösen a dystocia és a medencevégű

fekvés miatt végzett indikációk szorolnak alapos revízióra.

(Ref.: A császármetszési frekvencia ilyen mérvű növekedése okainak kritikus elemzésére valóban igen nagy szükség lenne. A 20–21%-os műtėti gyakoriságot ugyanis aligha lehet csupán szakmai érvekkel indokolni, ill. a szülészeti szemléletben végbement változásokkal magyarázni.)

Gardó Sándor dr.

Szerk. megjegyzés: A Nat. Inst. of Health munkabizottságának a császármetszéssel lezajló szülések gyakoriságának jelentős megnövekedésével kapcsolatos állásfoglalását a Brit. Med. Jour. (1981, 282, 1600.) is közölte, amelyet az Orv. Hetil. 1983, 124, 415. referáltunk Kusnyerik György dr. tollából.

Ugyanezt a tárgykört a JAMA, 1982, 248, 1082. is publikálta. Tekintettel arra, hogy ez utóbbi az állásfoglalás más vetületét emelte ki, a szerkesztőség helyesnek tartotta e cikk referátumát is közlenni.

A terhes életben tartása cerebrális halál esetén a magzat érdekében. Dillon, W. P. és mtsai (Department of Obstetrics and Gynecology, State University of New York at Buffalo): JAMA, 1982, 248, 1089.

Baleset, vagy más súlyos betegség miatt hirtelen meghalt terhes esetében az orvos alapvető kötelessége a még élő magzatot császármetszéssel azonnal világra segíteni. Általában elfogadott az a nézet, amely szerint halott anyán a császármetszés végrehajtása csak a 28. terhességi hét betöltése után indokolt. Az irodalom mintegy 200 sikeres post mortem császármetszést tart nyilván. Haldokló anya vitális funkcióinak fenntartása mindaddig szükséges, amíg lehetővé válik a magzat világrahozatala, még az uteroplacentaris keringés megszűnése előtt.

Más megítélés alá esnek azok az esetek, amelyekben a terhes anyában súlyos gyógyíthatatlan betegség vagy trauma következtében a cerebrális halál bekövetkezik, de az alapvető életfunkciói mesterségesen még fenntarthatók. Erre irodalmi adatok szerint maximálisan 2–4 hétig van lehetőség, ezután az agyhalált elkerülhetetlenül követi a biológiai halál. Ilyenkor a teendő a terhesség terminusától függ. Terminus közelében levő terheseknél nyilvánvalóan az azonnali császármetszés a feladat, és első féléidős terhességekben sincs értelme a resuscitatio folytatásának. A kritikus időszak a terhesség 24–27. hete, amikor minden, az uterusban eltöltött nap és hét jelentősen növeli a magzat életben maradásának esélyeit. A 25. héten 38%, a 26. héten 61%, a 27. héten pedig már 71% a túlélés esélye. (Ref.:

Egy 24 hetes magzat várható súlya 700 g, amely a terhességnek ebben a szakaszában hetente átlagosan 100 g-mal növekedik, tehát a 28. héten már 1100 g-os magzatra lehet számítani.)

A szerzők két esetüket ismertetik. Az elsőben egy postencephalitises kómában levő 19 hetes terhes resuscitációját szüntették meg a családdal való egyetértésben anélkül, hogy a beteg megfelelt volna az agyhalál kritériumainak. A másik esetben egy meningoencephalitises 25 hetes terhes életműködéseit a cerebrális halál végleges diagnózisa után még 6 napig sikerült mesterségesen fenntartani. A keringés összeomlásakor végzett császármetszéssel 930 g-os magzat született, aki életben maradt. (Az agyhalál diagnosztikájában a Harvard-kritériumokat használják.)

Véleményük szerint, amennyiben a cerebrális halál potenciálisan életképes magzatot hordoz anyában következik be (24–27 hetes terhesség), úgy az anya „életben tartása” a magzat érdekében feltétlenül indokolt. Amennyiben a magzat a 28. hetet betöltötte, úgy a terhességet a cerebrális halál tényének megerősítése után azonnal be kell fejezni. Felhívják azonban a figyelmet arra, hogy az agyhalál semmiképpen sem tévesztendő össze az irreversibilis kómával és a vegetatív státusszal.

Gardó Sándor dr.

Agyhalál és élveszületés. Siegler, M., Wikler, D. (Department of Medicine, University of Chicago): JAMA, 1982, 248, 1101.

A szerzők elismerően szólnak Dillon és mtsai szakmai jártasságáról, etikai hozzáállásáról, végül személyes bátorságukról, hogy ebben a minden vonatkozásban nehéz kérdésben kialakított véleményüket egy tudományos szaklapban a nyilvánosság elé tárták. Az ismertetett és hasonló esetek valóban próbára teszik a tudomány természetéről és céljairól, az életéről és a halálról kialakult nézeteiket. Az orvosi ténykedés, ill. döntések helyességét abban lehet mérni, hogy az milyen hatással van az érintettek, jelen esetben az anyára és a magzatra. A klinikai döntések többségében figyelembe kell venni a beteg óhaját is. Az ismertetett két esetben az anyák részéről kívánság nem hangozhatott el, kivéve azt a nyilvánvaló korábbi vágyukat, hogy egészséges gyermeket szeretnének szülni. Cerebrális halál esetén tehát az anya érdeke már nem mérvadó, hiszen számára a további kezelés sem veszély, sem haszonnal nem járhat. Egyetlen szempont tartandó szem előtt, a magzat érdeke.

Dillon és mtsai, miközben a cerebrális halált egyértelműen a halállal azonosítják, az agyhalálban

szenvedőről ismételtelen mint előről beszélnek. A közleményük címében, de a későbbiekben is, többször tesznek említést „az anyai élet meghosszabbításáról agyhalál esetén”. Hogyan lehet egy halott életét meghosszabbítani? A szerző rámutat arra, hogy itt sokkal többről van szó, mint ügyetlen fogalmazásról. Ez az ellentmondás a halálról alkotott nézeteink ellentmondásosságát tükrözi. A halott agyú páciensről gyakran beszélünk úgy, mint „szomatikusan előről” mint „terminális állapotban levő betegről”, esetenként mint „haladoklóról”, mert az ilyen beteg (legalábbis a teste) mégiscsak él. Légzése és keringése mesterségesen fenntartható, emellett még számos életfunkciója működik, testében új szövet képződhet. Elképzelhető lenne mindez egy holttestben?

Az ismertetett esetek is azt példázák, hogy nem tartható fenn az a morális álláspont, amely szerint egy halott testét nem szabad további kezelésnek alávetni. Szükség lenne továbbá az agyhalállal kapcsolatos egységes és egyértelmű állásfoglalás kidolgozására.

Szerencsére Dillon és mtsai fő gondja nem az volt, hogy betegek az „elő” vagy a „halott” kategóriába tartoznak-e hanem igyekeztek arra a nyomasztó klinikai, etikai és jogi vonatkozású kérdésre választ adni, hogy mi a teendő az ilyen esetekben? Felelősségteljes döntések elindított egy folyamatot, amelynek eredményeképpen remélhetőleg egyértelmű állásfoglalás születik meg majd az anyai agyhalál esetén követendő klinikai magatartásról. Mindenesetre megnyugtató, hogy a halállal kapcsolatos fogalomzavar milyen kevésbé befolyásolta a komoly klinikai és etikai problémákkal szembekerülő orvosok döntését.

Gardó Sándor dr.

Etikai gondolatok az anyai agyhalálról. Veatch, R. M. (Georgetown University Center for Bioethics, Washington, DC): JAMA, 1982, 248, 1102.

A Dillon és mtsai által ismertetett két eset kiválóan példázta, hogy az orvostudomány fejlődése milyen komplex fogalmi, jogi és etikai problémákat vethet fel.

Az Egyesült Államok 23 szövetségi államában nem megengedett, hogy az agy működésének megszűnése alapján halottnak nyilvánítsák a beteget. Így van ez New York államban is, ahol Dillon és mtsai dolgoznak. Ezért érthetetlen, hogy miért hangsúlyozzák az agyhalál diagnózist, amikor az anyát a magzat érdekében továbbra is életben szeretnék tartani. Amennyiben a halottat végső stádiumban levő élőnek tekintjük, további életben tartása csak akkor legális és etikus cselekedet, ha ez a saját, vagy ennek híján legközelebbi hozzátar-

tozója, ill. gyámja beleegyezésével történik. Ha ez a beleegyezés hiányzik, az orvos bírósági engedélyt szerezhet, hogy a beteget egy másik személy, a magzat érdekében kezelhessék.

Azokban az államokban viszont, ahol a halál definíciója agyorientált, a páciens „lélegző tetemnek”, tehát halottnak tekinthető. Ez esetben az „Uniform Anatomical Gift Act” (UAGA) rendelkezései az irányadóak. Ha a beteg korábban úgy rendelkezett, hogy halála után testét szervátültetési célokra adományozza, úgy az orvosok a hozzátartozók akarata ellenére is felhasználhatják „elő inkubátorként” a magzat érdekében. Ha ilyen adományozás nem történt, úgy a legközelebbi hozzátartozó beleegyezését kell megszerezni.

Azokban az államokban tehát, ahol nem engedélyezett a halálnak agyi kritériumok alapján történő megállapítása, az orvosok mind a törvényt, mind az etikát megsértik, amikor ilyen alapon halottnak nyilvánítják a beteget. Abban a 27 államban viszont, ahol a cerebrális halált elismerik, a beteget halottnak kell tekinteni és az UAGA rendelkezései szerint kell eljárni. A resuscitatio folytatása azonban — bár más megközelítésből — mindkét esetben lehetséges, függetlenül attól, hogy az érvényes törvények alapján a halott agyú páciens élne, vagy halottnak tekintendő. Problémát csak azon ritka, speciális esetek jelentenek, amikor a hozzátartozó a beleegyezését nem adja meg. Ilyenkor bírói úton kell a férj, vagy a hozzátartozó akaratát hatálytalanítani, amennyiben az orvosok úgy látják, hogy erre a magzat érdekében szükség van.

Gardó Sándor dr.

A medencevégű koraszülés megváltozott prognózisa. C. Cox, A. C. Kendall, Marion Hommers (Health Authority, Spire House, Coventry, UK): Brit. J. Obstet. Gynaecol. 1982, 89, 881.

A cikk két szerzője korábban beszámolt a hüvelyi úton vezetett medencevégű koraszülések prognózisáról 1973–74-ben. Azóta a császármetszés egyre gyakoribb módja lett az ilyen szülések vezetésének. Ebben a munkában az 1979–80-as évek eredményeit hasonlítják össze a korábban közölt adatokkal. Megállapítják, hogy a két időszak beteganyaga a vizsgált paramétereket összehasonlítva (kor, megelőző szülések száma, szociális helyzet, etnikai hovatartozás, általános és szülészeti anamnézis) nem különbözik egymástól. A császármetszések gyakorisága 19,1%-ról 42,2%-ra nőtt, a halvaszülések aránya pedig 24,7%-ról 11,1%-ra csökkent és a tisztított újszülöttkori halálozás is 23,9%-ról 8,7%-ra. Ezek az adatok a császármetszés kiterjedtebb alkalmazását látszanak

igazolni. A neonatalis periódust túlélőket vizsgálva azonban a következő eredményről számolnak be: az első periódusban a károsodott gyermekek aránya 4,7%, míg a másodikban 21,9%. Ha a nem neurológiai eredetű károsodásokat levonjuk, az arány még rosszabb: 0%, illetve 18,8%, és a neurológiai károsodás gyakoribb a császármetszéssel született magzatok között (25,8%), mint a hüvelyen keresztül születettekben (12,1%).

Sajnálatos összegezésként megállapítják, hogy a perinatalis mortalitás ugyan csökkent a medencevégű koraszülésben a császármetszések gyakoriságának növekedésével, azonban a túlélő magzatok között sokkal több volt az idegrendszeri károsodott. Ennek alapján két dologra figyelmeztetnek: helytelen a perinatalis eredmények interpretálásában a mortalitási számok fetiszizálása és ajánlják a várható magzati eredményeknek a reális anyai kockázattal való ismételt szembeállítását és gondos mérlegelését.

ifj. Zalányi Sámuel dr.

Medencevégű fekvés: rossz előjel? F. E. Hytten (Szerkesztőségi közlemény): Brit. J. Obstet. Gynaecol. 1982, 89, 879.

Azt, hogy a medencevégű fekvés a halott és idegrendszeri károsodott magzatok halmozódásához vezet, már számos közlemény igazolta azzal a következtetéssel, hogy ez a világrajövetelnek veszélyes és ártható útja. A legtöbb a szülésvezetés módjával foglalkozott, megkerülve az alapvető kérdést, hogy miért helyezkedik el a magzat medencevégű fekvésben?

Ismert például, hogy a medencevégű fekvés gyakoribb a kis súlyú és ikermagzatok között, poly- és oligohydramnion, valamint számtalan végtagdeformitás, illetve paralízis esetén. Braun és mtsai kimutatták, hogy a 18-trisomiások 43, az alkohol syndromás újszülöttek 40%-a születik így. Sabin és Oxorn már 1956-ban megfigyelték, hogy az epilepsia miatt anticonvulsív terapiában részesülő anyák újszülöttjei gyakrabban helyezkednek el medencevégűleg. Donn személyes közlésekre hivatkozva azt állapítja meg, hogy az asphyxia miatt bekövetkezett intrauterin elhalások között kétszer olyan gyakori a medencevégű, mint a fejevégű fekvés, valamint az előbbi magzatok haematocritja szignifikánsan magasabb az utóbbiakénál, ami szintén krónikus hypoxiára utaló adat. Ha a medencevégű magzatban már kialakult valamilyen idegrendszeri károsodás, az megmagyarázhatja a császármetszéssel vezetett medencevégű koraszülések kiábrándító eredményeit.

Mi a közös ezekben az abnormalitásokban? Az idegrendszeri deficit megbonthatja a magzat normá-

lis neuro-muscularis kontrollját, a lábak kinyújtásához vezet és megakadályozza, hogy a magzat felvegye a rendes helyzetét. Talán újra kell gondolnunk a medencevégű fekvés és agyi károsodás összefüggését. Korábban azt feltételeztük, hogy a magzat károsodását a szülési trauma okozza, de gyakran lehet, hogy a magzat azért helyezkedik el medencevégűvel, mert károsodott.

ifj. Zalányi Sámuel dr.

Dermatológia, venerológia

Vaginálisan alkalmazott spermicidek és a gonorrhoea. Jick, H. és mtsai (Boston University Medical Center, Waltham, Mass.): JAMA, 1982, 248, 1619.

Az USA-ban 1979-ben több mint egy millió gonorrhoea esetet jelentettek be és az utolsó 20 évben a megbetegedések száma rohamosan nőtt. Ezért érdeklődést keltettek azok a közlemények, melyek azt igazolták, hogy spermicid gyógyszerek elsősorban az octoxynol és nonoxynol 9 tartalmúak, a venereális úton terjedő betegségek ágenseinek fejlődését gátolják, sőt ezek a fogamzásgátlók esetleg in vivo is alkalmasak a venereális betegségek megelőzésére.

A jelen cikk szerzői szexuális életet élő nők relatív gonorrhoea incidenciáját vizsgálták. Összehasonlították a spermicideket használók megbetegedési rátáját azokkal, akik orális fogamzásgátlót szedtek, vagy sterilizáltak voltak. Egy megbiztosítási társulás olyan 20–40 éves nőtagjainál, akik a rendelkezésükre álló különböző antikoncepciókat írtattak fel, vagy sterilizáltak voltak, 2 éven át rutinszerűen végeztek gonococcus tenyésztéseket. 77 nőnél tenyésztett ki a *Neisseria gonorrhoeae*. A kontroll csoportot 164 olyan önkényesen kiválasztott nő képezte, akik a fenti kritériumoknak megfeleltek, de tenyésztésük gonococcus negatívnak bizonyult. Ezután mindkét csoport tagjait identifikálták, obszerválták és kártyaikkal alapján retrospektíve megállapították, hogy közülük kik írtattak fel a tenyésztést megelőző 3 hónapban vaginális vagy orális fogamzásgátlót, vagy ki volt sterilizált.

A nyers eredmény az volt, hogy a 77 go. pozitív nő közül 56 (73%) a vaginális fogamzásgátlót szedte, 17 (22%) volt sterilizált, míg a vaginális spermicideket használók közül csak 4 (5%) betegedett meg. A kontroll csoportot képező tenyésztéssel go. neg. nők közül 71 orális, 48 vaginális antikoncepciót használt, 45 nő sterilizált volt.

Matematikai statisztikai számítások és az eredmények analízise azt bizonyította, hogy az orális fogamzásgátlókat szedő és a sterilizált nők megbetegedési rátája lényegesen nem különbözött. Míg a spermicidet használó nők gonorrhoeás

megbetegedéseinek száma csak $\frac{1}{4}$ -e volt az orális fogamzásgátlót szedőknek, illetve $\frac{1}{3}$ -a a sterilizáltaknak. Ami azt jelentené, hogy a vaginális fogamzásgátlók legalább 77%-os védelmet biztosítanak a gonorrhoea fertőzés ellen.

Ezek az eredmények azonban a szerzők szerint is csak bizonyos óvatossággal értékelhetők. Mert feltehető pl., hogy a spermicideket használók és nem használók, vagy partnereik nemi magatartása különböző. Elképzelhető az is, hogy a spermicidet használók partnerei gyakrabban használnának condomot. Ezt a szerzők interjúk alapján nem tartják valószínűnek és azért sem, mert a spermicidet használók több mint 50%-a pesszáriumot is viselt.

A jelenlegi vizsgálatok eredményei biztatóak és megerősítik azt a korábbi véleményt, hogy a spermicid szerek védenek a gonorrhoea ellen. Ezt azonban még szélesebb körű, esetleg célzott vizsgálatokkal kellene ellenőrizni.

Vályi Lajos dr.

A szex és a spermicidek: megelőzik-e a nem kívánt terhességet és a fertőzést. Szerkesztőségi közlemény: JAMA, 1982, 248, 1636.

A nemi életet élő nőket két fő veszély fenyegeti, a nem kívánt terhesség és a szexuális úton terjedő betegségek, szövődményeikkel. A terhesség kivédésére használt eljárások mechanikai módszerek, orális és vaginális antikoncepciók azonban bizonyos védelmet jelentenek a fenti veszélyek ellen. Több korábbi in vitro és klinikai vizsgálat számolt be arról, hogy a vaginálisan használt antikoncepciók gyógyszerek károsítják a mikroorganizmusokat, a gonorrhoea, syphilis, trichomoniasis, candidiasis, sőt a herpesz genitális kórokozót.

Jick és mtsainak epidemiológiai megfigyelései is ezt támasztják alá, mert anyagukban a spermicidet használó nők gonorrhoea fertőzési rátája csak $\frac{1}{4}$ -e az orális fogamzásgátlót szedőknek, vagy sterilizáltaknak. Bár a jelenlegi közleményben sikerült elkerülni a korábbi publikációk több metodikai hibáját, a szerzők maguk is bizonyos óvatossággal értékelik eredményeiket.

Valóban alaposabban kellett volna megvizsgálni a spermicidet használó nők szexuális magatartását, az „alkalmi szexuális kapcsolatokat”, és a promiscuitas mértékét. A szerzők túlságosan lebecsülik a mechanikus védőeszközök, a condomok és pesszáriumok védőhatását, pedig a nők gyakran ezeket együtt használják a spermicidekkel. Végül feltehető az is, hogy éppen a vizsgálatba vont nők egy része már eleve azért íratott fel vaginális antikoncepciót, mert már hallott arról, hogy ezek a sze-

rek védenek a nemi betegségektől.

Ha a spermicidek védenek a nemi betegségektől, akkor vajon nyugodtan ajánlhatjuk-e azokat olyan nőknek, akiket a nem kívánt terhesség és venereális megbetegedés különösen fenyeget? Ez ellen szól először, hogy csak a szerek rendszeres használata lenne eredményes, már pedig éppen a veszélyeztetettek együttműködése valószínűtlen. A serdülők coitusai váratlanok. A spermicidek elfedhetik a venereális betegségek tüneteit, megnehezíthetik a laboratóriumi diagnózist, így esetleg elősegíthetik a betegségek terjedését és szövődmények kialakulását. Figyelembe kell venni azt is, hogy ezek a szerek teratogének lehetnek. Végül, ami a legfontosabb, a spermicidek hamis biztonság érzetet kelthetnek a nőkben és elodáztatják a nemi betegségek és a nem kívánt terhesség oly fontos korai felismerését.

Fenti megfontolások ellenére a vaginális kémiai profilaxisnak előnyei is lennének. Elsősorban az, hogy olcsó szerek, bárhol recept nélkül is kaphatók, így a fiatalok részére is hozzáférhetőek. Alkalmazásukról a nők dönthetnek, akiket leginkább fenyegetnek a szexuális élet veszélyei. Esetleg csak alkalmi aktusoknál használva, többféle szexuális úton terjedő betegség ellen is bizonyos védelmet jelenthetnének.

Végeredményben csak további igen gondos, célzott vizsgálatok után lehetne eldönteni, hogy milyen a hatásokuk és kívánatos-e a spermicideket széles körben javasolni a nem kívánt terhesség és a nemi úton terjedő betegségek prevenciójára.

Vályi Lajos dr.

Vizsgálatok az urethritis non-gonorrhoea kóroktanához. Weidner, W. és mtsai (Urol. Klinik sowie Inst. f. Hygiene, Univ. Gießen): Dtsch. med. Wschr. 1982, 107, 1227.

Az urethritis non-gonorrhoea (u. n.-g.) ma az ipari országokban a leggyakoribb venereális megbetegedés. A kórisme kizárólagos diagnózis, ami azt jelenti, hogy a húgycsőváladékban *Neisseria* nem mutatható ki. Az u. n.-g.-t legfőképpen a *Chlamydia trachomatis* okozza; az utóbbit öt esztendő egybehangzó vizsgálati eredményei szerint az esetek 40–60%-ában volt a húgycsőváladékból izolálható. A másik lényeges kórokozó az *Ureaplasma urealyticum*. A szerzők a chlamydiák egyidejű tenyésztési vizsgálatát mellett a kvantitatív mycoplasma kimutatás különleges figyelembevételével igyekeztek a két kórokozó kimutathatóságát értékelni az u. n.-g. kóroktanában. 164 férfi u. n.-g.-s beteg húgycsőváladékából és az első vizeletpróbából 143 esetben (87,2%) tudták a

kórokozó mikroorganizmust kimutatni. 59 betegnél (36%) Chlamydia trachomatis, 48 esetben (29,2%) Ureaplasma urealyticum fertőzés volt jelentős csíraszóval, további 18 betegük (11%) Chlamydia trachomatis — és Ureaplasma urealyticum-mal való kettős fertőzést találtak. 21 betegnél nem találtak kórokozót (12,8%). A chlamydia-negatív u. n.-g.-ban az ureaplasma szaporodott volt kimutathatók. Chlamydia okozta urethritis esetén az anamnesisben gyakrabban volt urethritis gonorrhoea kimutatható, mint az ureaplasma okozta urethritisben. Az ureaplasma-urethritis betegek 77%-ában a tetracyclin-kezelés mind klinikailag, mind mikrobiológiailag jó eredményt adott. A chlamydia-urethritis esetén az esetek 64%-ában volt eredményes. Szövődményként adnex-gyulladásokat (prostatitis, epididymitis) észlelték.

iff. Pastinszky István dr.

1-es típusú herpes simplex vírus okozta necrotizáló balanitis. Powers, R. D. és mtsai (Dept. of Internal Medicine and Pathology, University of Virginia School of Medicine, Charlottesville): JAMA, 1982, 248, 215.

A primer genitalis herpes vírus fertőzést általában láz, fájdalmas inguinális nyirokcsomódugulat és körülhatárolt területen megjelenő hólyagok jellemzik. A szerzők ismertették 26 éves férfi betegük esetét, akin a fertőzés mind általános, mind lokális tüneteit tekintve a szokásosnál súlyosabb formában zajlott le, komoly diagnosztikus fejtörést okozva.

A fiatal férfi láz, dysuriás panaszok, a penisre és az inguinális tájakra lokalizálódó fájdalom miatt fordult orvoshoz. Másnap vizelete teljesen elakadt, ekkor megkatéterezték, és kórházban helyezték el. Felvételek során penise oedemája, hőmérséklete 39,5 °C. Később a penis oedemája az antibiotikus kezelés ellenére fokozódott, a 4. napon a meatus körül feketés elhalást, a glans szabálytalan, felhányt szélű gennyes fekélyt észlelték, a penis dorsalis részén szétszórtan apró hólyagok jelentek meg. A vizeletből, a hólyagból nyert váladékból, a vérből baktérium nem tenyésztett ki. A májfunkciós próbák emelkedettek voltak. A hason levő pustulákból és a penisen levő fekélyből 1-es típusú herpes vírust izoláltak. A beteg egyhetes ápolás után lázátalan lett, a hólyagok és a fekély pörkösödéssel gyógyultak. Később a húgycsőnyílás szűkülete miatt — ami vizelet kiürülését okozott — meatotomiát végeztek.

A betegség eredetét nem sikerült tisztázni. Immundefectust nem tudtak kimutatni, a férfi anamnesisében homoszexualitás, orális-genitalis contactus, házasságon kívüli kapcsolat nem szerepelt. Feleségén ge-

nitalis herpes vírus fertőzésre utaló tüneteket nem észlelték.

Esetüket a szokatlanul súlyos lefolyás és differenciáldiagnosztikus nehézségek miatt tartják közlésre érdemesnek. A herpes vírus gyors kimutatásával elkerülhetők a szükségtelen, sőt sokszor káros diagnosztikus és terápiás beavatkozások, mint esetükben a katéterezés, ami helyett — ha okvetlenül szükséges — inkább szűrcsapolást kell végezni. A vírus tipizálásának inkább prognosztikus, mint terápiás jelentősége van, amennyiben az 1-es típusú vírus okozta fertőzés kevésbé hajlamos az ismétlődésre. Megemlítik az újabban alkalmazott acyclovir nevű gyógyszer, amelynek mind lokálisan, mind parenterálisan antivirális hatást tulajdonítanak, bár hatásosságának eldöntésére további vizsgálatok szükségesek.

Holman Endre dr.

Eosinophil fasciitis: Shulman-syndroma. Herzer, P. és mtsai (Med. Poliklinik der Universität München): Klin. Wschr. 1982, 60, 1319.

Az eosinophil fasciitis (Shulman-syndroma; EF, S. s.; 1974) jellemzői olyan sclerodermához hasonló diffúz bőrkeményedések, amelyeket *semmiféle* systemás viscerális elváltozás, Raynaud-tünet nem kísér; emellett ízületi hajlasi contracturák, *véreosinophilia*, valamint a subcutis és az izomzat között a fascia gyulladása (lymphohistiocytas, plasmasejtes, fibrosis) beszűrődése áll fent; az infiltratumban nincsenek eosinophil sejtek. A nyilván újszerű tünetegyüttesnek eddig 118 esete ismeretes az irodalomban („*véreosinophilával járó diffúz fasciitis*”; „*eosinophil fasciitis*”).

A szerzők az EF újabb esetét egy 30 éves diabeteses betegen észlelték. A corticosteroid-kezelés a kórtüneteket remisszióba készítette ugyan, de a rebiopsia azt mutatta, hogy a steroid-therápia a pathomorphológiai elváltozásokat nem befolyásolta.

Az EF leggyakoribb nem fajlagos tünetei az arthralgiák, ízületi merevség és a myalgia. A bőrkeményedések általában részarányosan lépnek fel. A mozgáskorlátozottság és a hajlasi contracturák főleg a váll-, könyök-, térd-, ritkán a csípőízületeket érintik. Az eddig ismertetett esetek közül a férfiak dominálnak. A betegek kora 4–88 (közéérték 44,5) év között ingadozott. A EF gyakran szokatlannul erős testi megerőltetés után lép fel. A kórfolyamatnak a „hyper-eosinophil syndromához”, az „eosinophil leukaemiához” és az ún. „disseminált eosinophil kollagen-betegséghez” való vonatkozásai még vitatottak. A jelenleg legelfogadottabb nézet szerint az EF ön-

álló tünetegyüttes, amely a scleroderma variánsának tekinthető.

iff. Pastinszky István dr.

Hematológia

Javult a hosszú túlélés esélye felnőttkori akut myeloid leukaemiában. Keating, M. J. és mtsai (University of Texas System Cancer Center, M. D. Anderson Hospital and Tumor Institute, Houston): JAMA, 1982, 248, 2481.

A cytarabin és anthracyclin kemoterápia bevezetése óta javult a komplett remisszió létrejöttének aránya felnőttkori akut myeloid leukaemiában. (AML). A szerzők 457 AML-s beteg adatait elemzik. Az ötéves túlélés aránya az 1965 és 1969 között kezeltéken 1,8%, az 1970 és 1972 közt kezeltéken 8,8% volt, az 1973 és 1976 közt kezeltéken 11,8%-ra nőtt. Ötéves túlélést csak olyan betegeken értek el, akiknél kialakult a komplett remisszió. Az összes eset 45%-ában (207 beteg) sikerült komplett remissziót létrehozni, ezek közül 36 (17%) tartósan, öt éven túl komplett remisszióban maradt. Közülük 24 több mint öt éve nem részesült kemoterápiában, és így potenciálisan gyógyultnak tekinthető.

A komplett remisszió létrejöttét befolyásoló fő tényező az volt, hogy indukciós *kezelésként* csak cytarabint (komplett remissziók aránya 38%) vagy a cytarabin mellett anthracyclint is alkalmazták (komplett remissziók aránya 57%).

A remisszió tartamát kedvezően befolyásoló tényezők a *beteg oldaláról* a következők: 1. a promyelocytás típus, 2. a 15 feletti differenciációs arány (blastok + promyelocyták/myelocyták, metamyelocyták és érett neutrophil sejtek aránya. Akiken a kezelés előtt a csontvelőben jelentős arányban lehetett érett myeloid sejteket látni, azokon nagyon rövid remissziót sikerült csak elérni. Ezek közül számos esetben csak „pseudoremisszió” jött létre, a leukaemiás sejtek a kemoterápia hatására differenciálódtak, holott a citosztatikumok a klasszikus esetben citocid hatásmechanizmusúak), 3. eosinophilia, a kezelést megelőzően a csontvelőben, 4. a keringő blastok számának gyors csökkenése, 5. a kezelés előtti LDH szint kisebb, mint 400 U/ml, 6. a SGOT-szint emelkedése a kezelés első három hónapjában.

Felmerül a kérdés, hogy a 24. több mint öt éve kezeltlen, tartósan komplett remisszióban levő beteg végleg gyógyultnak tekinthető-e. Más malignus tumorban szenvedőket akkor tekintünk gyógyultnak, ha öt évig vagy azon túl tünetmentesek. Késői recidiva, ami mammarcarcinomában még 15 év múlva is előfordulhat, nem valószínű egy olyan gyorsan növekvő tumorban, mint az AML. Hosszú ke-

zelési szünet után is előfordulhat relapsus, ilyenkor újonnan indukált AML-re is gondolni kell, intenzív citogenetikai és sejtmarker-vizsgálatok szükségesek. A szerzők véleménye szerint a közleményben szereplő 24 beteg potenciálisan gyógyultnak tekinthető és idővel a „gyógyult” betegek száma nőni fog.

Demeter Judit dr.

A granulocita transzfúzió. Nesper, J., Mueller-Eckhardt, C. (Szerkesztőségi közlemény.) (Institut für klinische Immunologie und Transfusionsmedizin der Universität, D-6300 Giessen): Dtsch. med. Wschr. 1983, 108, 3.

A normális granulocytaszám $100-240 \times 10^6/\text{testsúlykg}$. Fele a csontvelőben található, ahol a mitotikus készlet 21×10^8 , a posztmitotikus készlet pedig $56 \times 10^8/\text{testsúlykg}$ nagyságrendű. Ebből a csontvelői készletből naponta $9-16 \times 10^8/\text{testsúlykg}$ kerül ki. Fertőzés esetén a kiáramló sejtömeg $7-13$ -szorosára is növekedhet. Az érpályában $7 \times 10^8/\text{testsúlykg}$ a mennyisége, melyből 40% a keringő, 60% pedig a marginalis készlet. Utóbbinak köszönhetjük, hogy $2-8 \times 10^8/\text{testsúlykg}$ granulocyta levétele után sem csökken a vradó keringő készlete. A sejtek biológiai félidője a vérben $6-7$ óra, a szövetekben viszont $2-3$ napos félidővel végzik a fagocitózist.

Granulocita (g.) pótlás céljára helytelen teljes vért és „buffy coat”-ot használni. Ma folyamatos centrifugálással pár óra alatt egy vradótól $1,5-4 \times 10^{10}$ granulocitát nyerhetünk (IBM 2997, vagy Travenol CS 3000 centrifugával). A mennyiség jelentősen növelhető a donor dexamethason előkezelésével. Az immunreakciók csökkentésére általában a beteg rokonai közül választják ki a donort.

A g. transzfúzió indikációja szigorú; a következő feltételekhez ragaszkodunk: 1. Lehesse számítani legalább néhány hónapos remisszióra. 2. A granulocyták képzési vagy (kivételesen) funkciózavarra legyen átmeneti jellegű. 3. Szepikus vagy kórokozók okozta szervkárosodásban szenvedő betegünk granulocytaszáma $500 \times 10^6/\text{liternél}$ kevesebb. 4. Érzékenységi vizsgálat alapján folytatott antibiotikus és gombaellenes kezelés ellenére javulás $48-72$ óra múlva sem mutatkozik, miközben a fertőzés kivédésére minden intézkedést megtettünk (steril sátor, dekontamináció). 5. Legyenek megfelelő donorjaink, akikből naponta legalább 5 napon át nyerhetünk granulocitát.

Indikációk: 1. akut leukémia kezdeti és visszaeső fázisai, 2. krónikus myeloid leukémia blasztos transzformációja, 3. főképpen gyermekkori szolid tumorok citostatikus kezelése kapcsán, 4. ritkán benignus betegségekben.

Csontvelő-transzplantáció előtt ameddig csak lehet, késleltetnünk kell adását. Ha mégis a transzplantációt megelőző 2 napnál korábban kényszerülünk rá, akkor semmiképp se rokon donortól, hanem nem rokon HLA kompatibilis készítményt adjunk. Ezzel szemben az ún. kondicionálási periódus és a transzplantáció után a beteg rokonaitól vagy a csontvelődönortól nyert granulocitát kell adnunk.

A g. transzfúzióknak abszolút kontraindikációja nincsen. Relatív kontraindikációt fennálló immunizálódáshoz társuló súlyos inkompatibilitási reakciók és pulmonális szövödmények képeznek. *Amphotericin B*-t legkorábban a transzfúzió után 4 órával szabad adni.

Nagy előnye, hogy míg az antibiotikum diffúzióval jut el a fertőző góchoz, addig a granulociták *kemotaxis* és *migráció* segítségével, azaz olyankor is, amikor az antibiotikum esetleg képtelen a fertőző forrásig eljutni. A granulocita dózis tulajdonképpen a kórokozók számától függ, szepszisben legalább $0,5 \times 10^{10}/\text{m}^2/\text{die}$. Újabb állatkísérletes adatok szerint ennél sokkal több az igény. A határosságát általában klinikai kritérium alapján mérjük le. Nincs szükség további pótlásra, ha a transzfúziót követő 18 óra után a beteg granulocytaszáma $500/\text{mm}^3$ fölé emelkedett. Az esetleges profilaktikus adást illetően megoszlanak a vélemények.

A következő mellékhatásokkal és szövödményekkel számolhatunk: láz, hidegrázás, praeshock (megfelelő szelektációval, HLA tipizálással sokszor elkerülhetők), „adult respiratory distress syndrome”, „graft versus host” reakció (a készítmény 1500 rad-dal történő előzetes sugárkezelésével kivédhető), vírushepatitis, luesz, citomegalia fertőzés.

Wenczl Miklós dr.

A masszív pulmonalis vérzés pathogenesis akut leukaemiában. Smith, J. és mtsai (Northwestern University Medical Center, Chicago): Arch. Intern. Med. 1982, 12, 2149.

A szerzők 2 akut myelocytás és egy monocytás leukaemiás esetben vizsgálták az akut leukaemiákban nem ritkán jelentkező tüdővérzés okait. Akut hemoblastosisokban $2-3\%$ -ban a halál közvetlen oka masszív tüdővérzés. A haemoptoe mint vezető tünet mellett leggyakrabban dyspnoe, láz, hypoxaemia és pulmonalis infiltrátum jelentkeznek. A tüdővérzés elsődleges oka akut leukaemiákban a thrombocytopenia. A tüdő biopsziás anyag fény- és elektronmikroszkópos feldolgozása az intraalveolaris vérzés mellett diffúz alveolaris károsodást is bizonyított. Fénymikroszkóppal capillaris congestiót, interstitialis és intraalveolaris oedemat figyeltek meg, a kórlefolys későbbi sz-

kában hyalin membrán is látható volt. Elektronmikroszkóppal igen súlyos alveolaris endothel- és epithelkárosodás látszott. A szerzők véleménye szerint a diffúz alveolaris károsodás kiváltásában gyógyszeres, sepsis, leukostasis és irradiáció játszhat szerepet. Granulocyta transzfúzió hajlamosító szerepét is feltételezik. Az akut leukaemiákban előforduló tüdővérzés esetén legfontosabb teendő a thrombocytopenia korrekciója, valamint a további tüdőkárosodás megakadályozása a szoba jövő hajlamosító tényezők kiküszöbölése által.

Bozók György dr.

Thrombotikus thrombocytopeniás purpuras betegek plazmájának hatása a thrombocytákra és a vascularis endothel sejtek tenyésztésére. Burns, R., D. Zucker-Franklin (Department of Medicine, New York Medical Center, New York): Blood, 1982, 4, 1030.

A TTP klinikai manifesztációi jól osztályozhatók, azonban a folyamat pathogenesis és kezelése kevésbé tisztázott. A szerzők ezen feltevésekből kiindulva röviden kitérnek a klinikai jellemzőkre. A thrombocytopenia és a microangiopathiás haemolytikus anaemia, összefüggésben a lázzal, a vese- és a neurológiai eltérésekkel jól magyarázhatók a syndroma pathológiai elváltozásai. Jellegzetes a systemás microcirculatio, a vese és az agy capillarissainak, arterioláinak thrombotikus ocluziója hyalin depozitumokkal és endothel proliferációval. A szerzők 3 TTP-s betegből nyert plazma és szérum hatását vizsgálták in vitro a thrombocytákra és a tenyésztett vascularis endothel sejtekre. Mindhárom TTP-s beteg plazmája spontán aggregációt váltott ki a normál mosott thrombocytákra kifejtett hatásával, s a betegek széruma immun destrukciót eredményezett a tenyésztett emberi endothel sejteken. A szerzők feltételezik, hogy hasonló elváltozások játszódnak le in vivo is, amelynek eredménye a kiserek thrombotikus ocluziója és az endothel destrukció. Az a kérdés, hogy elsődleges-e a thrombocyták aggregációja, s ehhez társul az endothel sérülés, vagy időben fordítva játszódik le a folyamat, még nem eldöntött. Ha egyedül a thrombocyták az antitestek „célsejtjei”, a thrombocyták aggregációját gátló gyógyszerektől hatás remélhető. Ha pedig az antitest által okozott endothel sejt destrukció az elsődleges, thrombocyta aggregáció gátlás nem segíthet. Ilyen esetben „exchange” transzfúzió vagy plazmaapheresis szükséges, hogy neutralizálja, hígítsa, ill. kimossa a provokáló immunoglobulinokat. A szerzők vizsgálataiból az a következtetés vonható le, hogy a TTP immunológiaiailag közveített

syndroma, amelynek pathofiziológiai spektruma a spontán thrombocytá aggregációtól a masszív endothel destrukcióig terjedhet. Az uralkodó pathológiai mechanizmus egyenkénti, individuális elemzése vezethet a betegség racionális kezeléséhez.

Bozóky Géza dr.

A dohányzás ártalmai

A dohányzás és az orvos. Tubiana, M. (Gustave-Roussy Institute, Villejuif, France): World Health Forum, 1982, 3, 189.

Az orvostanhallgatók képzettségi szintjének felmérése céljából a közelmúltban a párizsi kórházakban gyakorlatukat töltő hallgatóknak kérdéseket tettek fel a rákos megbetegedéseket előidéző tényezőkre vonatkozóan.

A válaszok alapján a vizsgabizottság úgy találta, hogy a dohányzás annyira mellőzött szerepet kapott a kérdéssel kapcsolatban, hogy közölniük kell néhány adatot.

A vizsgálók 10%-a pl. nem is említette a dohányzást, harmaduk a kémiai anyagokkal azonos elbírálásban részesítette. A bizottság úgy találta, hogy a vizsgázók egyharmada nem volt tisztában a rákos megbetegedések dohányzással összefüggő etiológiájával.

Ez a felismerés annál is elszomorítóbb, mivel a vizsgázók a legjobb írásbeli vizsgaeredményt mutatók közül kerültek ki. Csak kevesen említették az epidemiológiai felmérés szükségességét (1,5%-a a vizsgázóknak) s igen kevés figyelmet szenteltek a munkahelyi megbetegedéseknek.

Amikor ilyen tudatlanság mutatkozik, hajlamosak vagyunk a tanterületet hibáztatni. A válaszok szintje jelzi, hogy hiányos volt az epidemiológiai oktatás.

A szerző megemlíti, hogy néhány évvel ezelőtt csak nagy nehézségek árán tudta elérni, hogy 4 órát kapjon a dohányzás ártalmairól ismertetésére, noha ismert adat, hogy Franciaországban évente 70 000 haláleset hozható összefüggésbe a dohányzással. Ugyanakkor viszont bőséges időt szentelnek az oktatásban bizonyos ritkán előforduló betegségek ismertetésének.

A hiányosságok eredménye nyilvánvaló. Kevés orvostanhallgató van tudatában annak, hogy maga is jó példát szolgáltathat, ha nem dohányzik majd a betegek jelenlétében. Nincsenek tisztában azzal, hogy milyen módon segíthetné a dohányosokat a dohányzásról való leszokásban, illetve irányíthatná a fiatalokat, hogy egyáltalán ne kezdjenek cigarettázni.

Az orvosnak igen komoly szerepe lehet ebben a vonatkozásban, de hogyan tilthatják a szülők gyermekeiknek a dohányzást, ha az orvos jelenlétükben cigarettázik? Hogyan értelessük meg az ifjúsággal, hogy a

dohányzás káros az egészségre, ha a gyógyítás képviselője, az orvos rossz példával jár elől?

A francia orvosok 57%-a dohányzik, szemben az USA orvosával, akiknek csak 21%-a hódol ennek a káros szenvedélynek. Körülbelül ugyanez a helyzet a francia orvostanhallgatók körében is, Franciaországban a dohányzók száma magasabb. A gyakorló orvosnak a megelőző tevékenység középpontjában kéne állnia, amikor a rákos megbetegedések kiváltó okait óhajtjuk kiiktatni.

Norvégiában szép eredményeket ért el az orvosok példamutató magatartásában.

A dohányzás elleni kampány hosszúlejárátú, legalább 20 évig tartó folyamatnak ígérkezik, s öt évvel a kampány elindítása után célszerűnek látszik az útkeresés a hatékonyabb és az orvosok segítő magatartását igénylő módszerek megtalálásához.

Dési Illés dr.

Varga Györgyné dr.

A passzív dohányzás — veszély az egészségre? Weber, A. (Institut für Hygiene und Arbeitsphysiologie der Technischen Hochschule, Zürich): Dtsch. med. Wschr. 1982, 107, 323.

Azoknak a veszélyes anyagoknak a mennyisége, amelyek a passzív dohányzókba kerülnek, kisebb, mint aktív dohányzók esetén. Több szerző véli, hogy a passzív dohányzókat nem fenyegetik a dohányzással összefüggő betegségek (a tüdőrák, az idült hörghurut, a koszorúérbetegség stb.) gyakoribb előfordulása.

Nagy-Britanniában, Franciaországban és az USA-ban epidemiológiai vizsgálatok igazolták, hogy a dohányzó szülők gyermekei gyakrabban betegednek meg bronchus- és tüdőbetegségekben. Egy párizsi vizsgálat szerint, 10–20 évesek adatai alapján, a dohányzó szülők gyermekei 51%-ban, a nem dohányzó szülők gyermekei csak 28%-ban estek át adenotomián, tonsillectomián, ami „index” a megelőző légúti fertőzéseket illetően, 300 nem dohányzó gyermek légzősfunkcióját vizsgálva, a dohányzó szülők gyermekein azt beszűkültnek észlelték. Vizsgálatokat végeztek olyan betegeken, akiknek állapotát hátrányosan befolyásolta a passzív dohányzás — pl. allergiások, asztmások — és valóban egészségi helyzetük rosszabbodott, illetve újabb manifestációk következtek be. Angina pectoris betegekben dohányfüstös laboratóriumban jelentősebb elváltozásokat mutattak ki, mint egyébként. 400 légúti elváltozásokban szenvedő kanadai beteg megerősítette a passzív dohányzás kedvezőtlen hatásait. A szerző következtetése, hogy a passzív dohányzás a gyermekek és a betegek állapotát veszélyeztetheti.

A tüdőrák. Japán kutató figyelemre méltó vizsgálatról számolt be. 1965-től 1979-ig végezte az adagyűjtést 91 450 (!) nem dohányzó férjes asszonyon. A tüdőrák, az asthma és gyomorrák előfordulását jegyezte, a férj dohányzásának függvényében. Megállapította, hogy a nem dohányzó feleség tüdőrák veszélyeztetettsége annál nagyobb, minél nagyobb mértékben dohányzik a férj. Ez a dózis-hatás összefüggés matematikailag szignifikáns. Ha a férj erős dohányzó, azaz naponta 20 darab cigarettától többet szív el, a passzív dohányzó feleség tüdőrák-veszélyeztetettsége kétszer olyan nagy (!), mint a nem dohányzó férj esetén. Ahogy az irodalomban előfordul, az említett vizsgálatokkal nem egyező adatokra jutottak más szerzők. Ugyancsak 1981-ben látott napvilágot egy amerikai szerző tanulmánya. Epidemiológiai vizsgálatában, amelyet 12 éven át folytatott, az USA 25 államából 176 000 nem dohányzó nőt vizsgált. Csekély mértékben talált emelkedettnak azokon a nőkön a tüdőrák előfordulását, akiknek férje dohányzik. Az összefüggés nem bizonyult matematikailag szignifikánsnak, és nem lehetett dózishatás összefüggést igazolni. Több szerző foglalkozott az idézett japán vizsgálatok kritikájával. Így pl. kiemelték, hogy az anyagban nagy arányban adenocarcinoma szerepelt, amely „uralkodó” vélemények szerint kevésbé áll kapcsolatban az aktív dohányzással, mint pl. az epidermoid vagy a kisesejtes típus. Továbbá felvetették, hogy a passzív dohányzásra vonatkozó „kvantifikálás” nem történt meg; Japánra nem volt reprezentatív az anyag. A szerző úgy összegezi véleményét, hogy mégis figyelemre méltó a japán közlés és helyes lenne több országban hasonló adatokat gyűjteni.

(Sajnos, nem derül ki, hogy a japán, illetve az amerikai szerző, valamint a „kritikusok” dohányoztak-e vagy sem. A mindennapi tapasztalat szerint ugyanis ez befolyásoló tényező az interpretálásban. Ez így tűnik ezúttal is, hiszen aligha lehet felróni a japán kutatonak, hogy a passzív dohányzók körében nem végzett kvantitatív méréseket. A vérben, illetve a vizeletben a nikotin, valamint egyéb dohányösszetevők kutatása napjainkban sem egyszerű. A nehéz és költéses metodika nélkül is bizonyítottak már sok adatot a dohányzás terhére! Azzal a kritikával sem érthetünk egyet, hogy a lényegében 100 000 személy vizsgálata nem volt reprezentatív. Ref.)

Légzősfunkció passzív dohányzókon, munkahelyen. Kaliforniában több mint 200 munkavállalón véggeztek légzősfunkció vizsgálatot. Többek között a kilégzési sebességet mérték, amelyet a nem dohányzókon, akik „idülten”, több mint 20 éven át dohányfüstnek voltak kitéve, csökkentnek találtak

a nem dohányzó, nem exponáltakhoz viszonyítva. Kis, de statisztikailag szignifikáns eltérés volt. A csökketés olyan mérvűnek bizonyult, mint az enyhén dohányzóknál, illetve azokon, akik nem inhalálják a dohányfüstöt. A szerzők szerint a dohányexpositio a munkahelyeken a passzív dohányzókra veszélyes.

A passzív dohányzás és a szubjektív zavarok. Figyelemmel kell lennünk a passzív dohányozók esetén arra az ingerhatásra, gyulladást elősegítő hatásra, amit pl. a dohányfüst a szemre gyakorol. Ugyanígy említendő a légúti befolyás. A dohányfüstös környezet akadályozza az Egészségügyi Világszervezet által az egészséges kráterumaként megfogalmazott „jó lét” állapotát. A szerző beszámol a munkahelyen és vendéglátó helyeken folytatott levegőtisztogatási méréseiről, amelyek többnyire kedvezőtlen adatokat szolgáltatottak. Vendéglátó helyeken a szubjektív „panaszok” kisebbek, ami magyarázható azzal, hogy oda – szemben a munkahelyekkel – „önkéntesen” mennek be, vagy jönnek ki az emberek.

(Ref.: A közlemény a folyóirat élcikkeként jelent meg, a szerkesztőség ezzel súlyt adott a témakörnek. A hosszabb referálást is ez indokolta. A passzív dohányzás sajnálatos kényszer Magyarországon is, akadályozza az állampolgárok az alkotmányban rögzített, egészséghez való jogát, és sorolhatnánk a Munka Törvénykönyvében a különböző szabályozókat. Az elmúlt évtizedek ez irányú egészségnevelésének gyakorlati csődje a határozott, szankcionált szabályozást, ill. az említett állami alaptörvények megszegésének progresszív büntetését indokolja.)

Vértes László dr.

Miért szívjunk kevesebb cigaret-
tát? Ho-Yen, D. O. és mtsai: Brit.
Med. Jour. 1982. 284, 1905.

A szerzők 16 önkéntest teszteltek, akik egy hétig a felét szívták annak a mennyiségnek, amelyet megszoktak. Az elszívott cigarettaszám csökkentése előtti periódushoz — mint kontrollhoz — viszonyítva a kísérleti alanyoknál csökkent ugyan a vvt-szám és a haemoglobin-koncentráció, de nem változott a karboxihaemoglobin, sőt nőtt a plazma nikotinkoncentrációja. Az utóbbi két paraméterváltozás a kísérleti alanyok dohányzási szokásai megváltoztatásának következménye, ugyanis a fokozódó nikotínéhséget az alanyok igyekeznek „gazdaságosabb” szokásokkal kompenzálni (több füstöt szívniak be, szájukból kevesebb füstöt engednek ki; tövis szívják a cigarettát, mélyebbeket lélegeznek stb.). A napi cigarettaszám csökkentésének módszere ezek szerint csak akkor bír jelentőséggel, ha a

dohányos ezeket a kompenzáló mechanizmusokat is tudatosan ki tudja küszöbölni. **Buzsáki András** dr.

Puppi András dr.

A dohányzás egészségügyi ártalmai. Leodolter, I. (Sofie-Spital, 1070, Wien, Apollologasse 19.): Mitt. Öster. Sanitätsverwalt. 1981, 82, 193.

Az USA Rákkutató Intézete adatai alapján a dohányzás mértéke és egyes betegségek gyakorisága között párhuzam van. Így a bronchitis-emphysema 85⁰/₀-a, a tüdőrák 90⁰/₀-a, a szájüregrákok 70⁰/₀-a, a gégerák 50⁰/₀-a, a hólyagrák 40—50⁰/₀-a s több más daganatos betegség a dohányzókat sújtja. A dohányzók klasszikus betegsége a hörgőrák, e betegség Ausztriában 1978 során 3185 (2593 férfi, 592 nő) halálos áldozatot követelt. Burgenlandban a férfiak tüdőrák halálózása 48⁰/₀-kal, a nők 78⁰/₀-kal emelkedett; ez az emelkedés Salzburgban 17, ill. 36⁰/₀, Felső-Ausztriában 13, ill. 35⁰/₀, Alsó-Ausztriában 14, ill. 22⁰/₀, Karintiában 27, ill. 33⁰/₀, Bécsben és Tirolban csak a nők halálózása fokozódott, a férfiaké nagyjából azonos maradt. Az osztrák tüdőrák halálózás férfiaknál az átlagnál magasabb, nőknél az átlagos; a tüdőrákban szenvedő és szenvedett férfiak 93⁰/₀-a, a nők 70⁰/₀-a volt erős dohányos.

Emelkedett Ausztriában a hasnyálmirigyrák halálozás is, férfiaknál 51, nőknél 79⁰/₀-kal. Ez elsősorban a cigarettafogyasztásra vezethető vissza, különösen az erős cigarettákra. A cigarettázás a legfontosabb rizikófaktor a szívinfarktus, érelmeszesedés, magas vérnyomás esetén. Fogamzásgátló tableták dohányzó nőknél szívinfarktust és subarachnoidealis vérzést idéznek elő. 1978 folyamán osztrák kórházakban 10 019 bronchitis (6372 férfi) beteget 14 112 gyomor- és nyombélfékélyes (9249 ffi.) beteget kezeltek. A köhögés és köpetképződés 3-szor olyan gyakori dohányzóknál, mint a nem dohányzóknál. Ismert a dohányzó terhesek magzatainak alacsony súlya.

A dohányzás gátolja az antitestek képződését, a vérben emeli a vvt, és fvs-számot, hemoglobint, CO-haemoglobint, haematokrit, plazma viszkozitást értékeket; csökkenti a kreatinint, albumint, globulint és húgysavértékeket. Nem elhanyagolható a dohány és dohányfüst antigén hatása sem.

Nikodemusz István dr.

Dohányzás és egészség Ausztriában. Kunze, M., Gredler, B., Herberg, D. (Inst. Hyg. Univ. Wien, 1095): Öff. Gesundh. Wesen, 1981, 43, 36.

A dohányzók halálozása a nem dohányzókkal szemben 70⁰/₀ többet. A magasabb halálozás az elszívott mennyiségtől, a termék niko-

lin- és kátránytartalmától, a dohányzás megkezdésétől s a szokástól függ. Csak cigarettaszívásnál következik ez be, szivarozásnál vagy pipázásnál ilyen hatása a halálózásra nincs. A dohányzásról való leszokás után 15 évvel már megszűnnek a különbségek. A dohányzás elősegíti a következő betegségek létrejöttét: tüdőrák, idült obstruktív tüdőbetegségek, azaz tüdőtágulás, idült hörghurut, gége-, száj-, nyelőcsőrák, ischaemiás szívbetegségek, hólyag-, hasnyalmirigyrák, gyomor-, patkóbélfekély.

1977-ben a tüdőrák a rákos halálozás 17%-át okozta Ausztriában, ez a leggyakoribb rákfajta, férfiaknál 27,80%-kal az első, nőknél 5,90%-kal a hatodik helyen. Férfiaknál különösen 50—74 év között gyakori a tüdőrák, nőknél 65—69 év között. Régebben a férfiak-nők tüdőrák halálozási aránya 5,6:1 volt, ma 4,4:1, ez a nők dohányzására vezethető vissza.

Az idült obstruktív tüdőbetegségek aránya növekedett, 1977-ben Ausztriában 10 019 ilyen beteget (6372 ffi, és 3647 nő) kezeltek kórházban, 1972-vel szemben ez 52,5⁰/₀-os növekedés. Más légúti betegség is gyakoribb dohányzóknál, mint nem dohányzóknál.

Elősegítheti a dohányzás az elvetélést, valamint a magzat elhalását, antikongiencienssel együtt szívinfarktusra hajlamosít. A dohányosok között több az allergiás körkép, mint a nem dohányzóknál.

A leszokás fontosságát a szerzők aláhúzzák azzal, hogy a hátrányok a dohányzás abbahagyásával csökkennek.

Nikodemusz István dr.

A cigarettázás és az akut légúti betegségek kapcsolata fiatal felnőtteken. Aroson, M. D. és mtsai (Division of General Medicine and Primary Care, Beth Israel Hosp., Boston, USA): JAMA, 1982, 248, 181.

Az Egyesült Államokban (Ref.: *csakúgy mint hazánkban*) az emberek leggyakrabban akut légúti betegség (ALB) miatt fordulnak orvoshoz. A dohányzás és a krónikus légúti betegségek közötti összefüggés jól ismert, az ALB elősegítésében játszott szerep azonban tisztázatlan.

Az ismertetett vizsgálatban 867 fiatal felnőtt beteg (534 nő és 333 férfi) ALB-jére jellemző tüneteit, azok tartamát és súlyosságát elemezték. Előzőleg kizárták a vizsgálatból azokat, akiknek az ismert definíció szerint krónikus bronchitiszük volt.

Az adatok feldolgozása során a betegek dohányos ($n = 506$, 58%) és nem dohányos csoportba osztották és ezek adatait egy kontroll csoporttal (289 olyan nőbeteg, akik urogenitális panaszok miatt fordultak orvoshoz) hasonlították össze. Az eredményeket matematikai-

statisztikai módszerekkel értékelték.

Az ALB miatt orvoshoz forduló nők között 57%, a kontroll csoportban 34% dohányzott, a különbség szignifikáns.

A tünetek alapján megkülönböztettek alsó légúti, felső légúti és laryngopharyngealis lokalizációt. A dohányosoknak szignifikánsan gyakrabban volt alsó és szignifikánsan ritkábban volt felső légúti betegsége, mint a nem dohányosoknak.

A dohányosok közül többen köhögtek, mint a nem dohányosok csoportjában, és a köhögés időtartama is 25%-kal hosszabb volt — ezek a különbségek szignifikánsak. A naponta elszívott cigaretta mennyisége és a köhögés időtartama között is volt összefüggés, ez azonban nem bizonyult szignifikánsnak. Az egyéb tünetek gyakoriságában, melységében, pl. a köpet színe, láz, dyspnoe stb nem találtak különbséget.

A szerzők a vizsgálat eredményéből azt a következtetést vonják le, hogy a dohányzás mintegy megkétszerezi az ALB előfordulását. Egyéb lehetséges tényezők szerepét (életkor, iskolázottság, etnikai csoport) ki tudták zárni. Mivel a dohányzás jelentősen hozzájárul a keresésképtelenséghez, azt remélik, hogy a vizsgálat eredménye arra fogja ösztönözni a munkaadókat, hogy hatásos dohányzás elleni programokat szervezzenek és igyekezzenek visszatartani a még nem dohányzó fiatalokat a dohányzástól.

Vadász Imre dr.

Pekingi középiskolák felső tagozatos diákjainak dohányzása.
Ye Gong-shao, Lin Wan-sheng (Department of Child and Adolescent Hygiene, School of Public Health, Beijing Medical College, Beijing, People's Republic of China): Chinese Medical Journal 1982, 95, 95.

A fiatalok dohányzása világszerte igen komoly közegészségügyi probléma. Bár Kínában is gondot okoz a fiatalok dohányzása, eddig nem jelentek meg ilyen irányú közlemények.

Ebben a cikkben a szerzők Peking városában végeztek felméréseket a középiskolák felső tagozatos diákjaira vonatkozóan.

A vizsgálatot 1981 májusában kezdték 8 középiskolában, ebből 2 volt elővárosi, ún. „előkelőbb” minőségi intézmény, a másik 6 pedig közönséges középiskola. A vizsgált diákok a középiskola valamennyi osztályát képviselték. A kulcsfontosságú, legjobb tanerőkkel és kiemelkedő eredményeket felmutató tanulókkal rendelkező 2 iskolából összesen 828 lányt és fiút vettek be a felmérésbe, a többi iskolából összesen 2790 diák szerepelt a vizsgálatban.

A diákok kérdőíveken válaszoltak a feltett kérdésekre. Dohányzási szokásaik szerint 5 csoportra voltak oszthatók:

1. Akik 1 csomag cigarettát, vagy ennél még nagyobb mennyiséget szívnak naponta, 2. azok a diákok, akik csak időszakosan dohányoznak, ezek átlagosan 4 cigarettát szívnak havonta, 3. olyan tanulók, akik csak különleges alkalmakkor gyújtanak rá, ha ünnepséget rendeznek, vagy a többiek hatására, 4. a dohányzásról leszokottak, ezek már legalább 3 hónappal a vizsgálat előtt abbahagyták a dohányzást, de régebben rendszeresen, vagy időszakosan cigarettáztak, 5. azok a diákok, akik sohasem szívtak egyetlen cigarettát sem.

Megállapították, hogy a magasabb szintű iskolákban összesen négyen dohányoztak, ezek is csak a fiúk közül kerültek ki, addig a többi iskolákban a vizsgáltak 10%-a dohányzott, 19,7%-ban a fiúk, 0,4%-ban a lányok. A fiúkra vonatkozóan azt is megfigyelték, hogy minél magasabb osztályba tartoztak, annál több volt köztük a dohányos. Azok közül, akik abbahagyták a dohányzást, régebben sem voltak komoly dohányosok, csak esetenként cigarettáztak. A fiatalok általában a középiskolába való bekerülés idején kezdték a dohányzást, de akadtak, akik már általános iskolás korukban is cigarettáztak.

A dohányzás módját tekintve háromféle szokást észleltek:

1. Cigaretta szívása, leszívás nélkül, 2. mélyen leszívják a füstöt, majd a szájukon, vagy orrukon kiengedik, 3. időnként leszívják, időnként nem.

A dohányzásra való rácsokás leggyakoribb oka a kíváncsiság, majd ezt követi az unalom, és a szülők dohányzásának hatása a fiatalokra.

Ebből a szempontból két csoportra osztották a vizsgált diákokat:

1. Azok a gyermekek, akiknek szülei dohányoznak, 2. nem dohányzó felnőttek gyermekei. Eredményként megállapították, hogy a dohányzó szülők gyermekei szignifikánsan nagyobb százalékban dohányoztak, mint a másik csoportba tartozó fiatalok.

A minőségi iskolákban észlelt szignifikánsan kisebb mértékű dohányzás fő oka, hogy bekerüléskor a fiatalok kiválasztása szigorú előírások szerint történik, majd az iskolában töltött idő alatt olyan erkölcsi és kulturális normák szerint élnek, amelyek megakadályozzák a rossz szokások felvételét.

A kínai szerzők szerint külföldön is hasonló a helyzet, pl. Angliában.

A statisztikai adatok szerint a lányok kevesebbet dohányoznak, mint a fiúk, bár az utóbbi 20 évben erősen megnőtt a dohányzó nők száma. Kínában még mindig lényegesen kevesebb lány dohányzik, s ez érvényes Japánra is, ha a nyugati országokkal hasonlítjuk

össze az erre vonatkozó adatokat. Ez feltehetően a hagyományos szokások különbözőségével magyarázható.

A szülők és gyermekeik dohányzására vonatkozó összefüggést vizsgálva kínai szerzők megállapították, hogy adataik hasonlóak a más országokban kapottakkal. A Norvégiában végzett felmérések szerint a dohányzó szülők 15 éves gyermekeinek fiúk esetében 67%-a, a lányoknál 78%-a cigarettázott. Ugyanakkor a nem dohányzó szülők gyermekeinél ez 9, illetve 11%- volt csak. Ez nemcsak azért történik így, mert a nem dohányos szülő tiltja gyermekének a cigarettázást, hanem mert ezekben a családokban a gyermekek nem is jutnak hozzá könnyen.

A szerzők szerint, ahhoz, hogy a középiskolák fiatalok dohányzását csökkentse, nem elég a dohányzást tiltó előírás, hanem sokkal fontosabb a meggyőzés, nevelés, amelyet minél fiatalabb korban kell megkezdeni. Ez annál is inkább fontos, mivel a középiskolák magasabb osztályaiban a fiatalok önállóbbak, függetlenebbnek érzik magukat.

A fiatalok nevelése során fel kell hívniuk figyelmüket a dohányzás veszélyeire.

Dési Illés dr.
Varga Györgyné dr.

A tüdőfunkció változásai a dohányzás abbahagyása után: egy keresztmetszeti vizsgálat adatai.
Nemery, B. és mtsai (Université Catholique de Louvain, Cardionulmonary Laboratory, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgium): Amer. Rev. Resp. Dis. 1982, 125, 122.

A szerzők 54 átlag 49,3 éves, átlag 1,70 méter magas és 81 kg test-súlyú, sohasem dohányzó, 61 átlag 49,2 éves, 1,69 méter magas és 82,6 kg súlyú volt dohányzó, továbbá 105 átlag 49,6 éves, 1,69 méter magas és 76,1 kg súlyú jelenleg is dohányzó tisztviselőn végeztek légzésfunkciós vizsgálatokat. A volt dohányzók 17,3, a dohányzók 17,9 éves korukban kezdtek el dohányozni. A volt dohányzók 23,9, a dohányzók 31,3 éven át dohányoztak. Valamennyi egyénen megmérték a Tiffeneau-próba, a vitálkapacitás, a maradéktérfogot, a teljes tüdőkapacitás, a csúcs kilégzési áramlási arány, a kilégzett vitálkapacitás 50 és 70%-ánál a maximális kilégzési áramlás, az áramlás-térfogat-görbe, a specifikus légútellenállás, az egylégzéses nitrogén-próbával mért III. fázishurok, a zárótérfogot és a zárókapacitás értékét. A keresztmetszeti vizsgálat adatai szerint a dohányzás abbahagyása után főleg a Tiffeneau-próba, a vitálkapacitás, a maradéktérfogot, a csúcs kilégzési áramlási arány, az egylégzéses nitrogénpróbával mért III. fázishurok és a zárótérfogot érték javult a legjelentősebben. Ez

a javulás azokon, akik legalább 5 éve abbahagyták a dohányzást, csaknem megközelítette a normális légzésfunkciós értéket.

Pongor Ferenc dr.

Az obstructív légútbetegségek kockázatának az indexe. Higgins, M. V. és mtsai (Department of Epidemiology and Biostat. of the School of Public Health and the Departments of Pediatrics and Medicine of the Medical School, The University of Michigan, Ann Harbor, Michigan): Amer. Rev. Resp. Dis. 1982, 125, 144.

Az obstructív légútbetegség legjelentősebb oka a dohányzás, emellett azonban számos más tényező is szerepel. Tisztában kell lennünk tehát azokkal az egyéni és környezeti tényezőkkel, amelyek megelőzhetik ennek a betegségnek a kialakulását. A szerzők ez irányú vizsgálataikat 1959-ben kezdték. A másodikat 1962 és 1965 között végezték mindkét nemű és minden korú egyénen. Harmadszor 1978 és 1979 között az idült obstructív légútbetegséget és az ezzel kapcsolatos körülményeket vizsgálták meg újból azokon az egyéneken, akik az előző vizsgálatkor 16–64 évesek voltak, és a felülvizsgálatkor 30–80 évesek lettek. Közülük 18% elköltözött, 80% pedig meghalt. Így a felülvizsgálatban 79% vett részt. Külön megvizsgálták a 10–15, a 16–24 és a 25–75 éves férfiak és nők egy csoportjában a légzésfunkciót: a Tiffeneau-értékeket és a vitálkapacitás 50%-ánál mért fokozott kilégzési áramlást. Az idült obstructív légútbetegséget okozó tényezők közül az életkorra, a nemre, a szociális-gazdasági körülményekre, a fizikai megterhelésre, dohányzásra, a szeszesital-fogyasztásra, a vértípusra és a vizsgált egyéneknek a légúti betegségekre vonatkozó ismereteire voltak tekintettel.

A kérdőívek kiértékelésekor kiderült, hogy 1962 és 1979 között az obstructív légútbetegség gyakorisága a férfiakban 0–9 éves korban 0,4, a 10–15 évesekben 0,7, a 16–24 évesekben 2,7, a 25–34 évesekben 2,4, a 35–44 évesekben 4, a 45–54 évesekben 16,3, az 55–64 évesekben 11,3, együttesen az 1358 férfiban 5,3%; a nőkben 0–9 éves korban 0,5, a 10–15 évesekben 0,3, a 16–24 évesekben 0,7, a 25–34 évesekben 2,2, a 35–44 évesekben 4,1, a 45–54 évesekben 6, az 55–64 évesekben 5,1. együtt a 16–64 éves nőkben 3,1% volt.

Az obstructív légútbetegség tehát fordítottan volt arányos a Tiffeneau-értékkel, mert az kezdetben a férfiakban 31%, a nőkben 41% volt, a felülvizsgálatkor pedig a férfiakban 65, a nőkben 69% lett, holott valamennyi férfi 50%-ának, valamennyi nőnek pedig csak 2,5%-ban lett obstructív légútbetegsége. Az idült hörghurut nagyobb arányú

volt a dohányzó, mint a nem dohányzó egyénekben.

Új idült hörghurutos beteg egy sem lett azok közül a nők közül, akik az első vizsgálat után abbahagyták a dohányzást. A volt dohányzó férfiak száma azonos volt a nem dohányzó férfiakéval. A relatív kockázat a dohányzó férfiakban 3,6-szorosra, a dohányzó nőkben 6,5-szörösre, a naponta 20 cigarettánál többet elszívó férfiakban 4,3-szorosra, a nőkben 7,5-szörösre emelkedett. Ez azzal magyarázható, hogy újabban egyre több nő dohányzik, mint férfi.

Idősebb korban az obstructív tüdőbetegség incidenciája csökkent, a nem dohányzóknál és az enyhén dohányzóknál azonban változatlan maradt. Ennek az lehet az oka, hogy a két vizsgálat között eltelt 15 év folyamán sok súlyos dohányzó beteg meghalt. Az életkorral kapcsolatban az incidenciája a legalacsonyabb a nem dohányzóknál, a legmagasabb pedig a dohányzóknál volt. Közepes volt az incidenciája azokban a férfiakban és a nőkben, akik 25–44 éves korukban leszoktak a dohányzásról.

Az incidenciája kisebb volt az enyhén, mint a súlyosan italozóknál. A testi munkások incidenciája nagyobb volt a tisztviselőkénél. Az idült hörghurutos betegek közül több nő lett asztmás, mint a férfiak közül. A szénaláz és az idült hörghurut között nem volt kapcsolat.

Az idült obstructív légútbetegség incidenciája idült hörghurut esetén a férfiak, ill. a nők közül 11, ill. 20%, a gennyes köpetürítők közül 5,2, ill. 2,3, nehézlégzés esetén 5,6, ill. 1,8, mellkaspólya esetén hűléssel együtt 12, ill. 4, hűlés nélkül 4, ill. 10% volt. Az idült obstructív légútbetegség gyakoribb volt a férfiakban a felső, mint a nőkben az alsó légutak fertőzése után. Nagyobb volt az incidenciája a sovány férfiakban, mint a kövér nőkben. Nem volt összefüggés a vércsoportjattal és az idült obstructív tüdőbetegség között.

15 éves megfigyelésük szerint az obstructív légútbetegség kialakulásában kockázati tényező az életkor, a nem, a dohányzás és a tüdőfertőzés. Ezek között az első helyen a dohányzás áll. Azok közül a nem dohányzó férfiak közül, akikben a vitálkapacitás 50%-ánál mért fokozott kilégzési áramlás 100% volt, a 15 év folyamán 200 ember közül egy lett obstructív légútbeteg. A hasonló korú olyan állandóan dohányzó férfiak közül, akikben a vitálkapacitás 50%-ánál mért fokozott kilégzési áramlás 80% volt, 3–5 ember közül egy, aki pedig abbahagyta a dohányzást, 15 ember közül egy lett idült obstructív légútbeteg.

Pongor Ferenc dr.

Mucus clearance dohányos és volt dohányos idült bronchitiszesek légútjaiból. Agnew, J. E. (Dept. of Thoracic Med. Royal Free Hosp. and School of Med. London): Bull. europ. Physiopath. resp. 1982, 18, 473.

Idült hörghurutban fokozódik a nyáktermelés, ennek eltávolítására a mucociliáris transzport és a köhögés szolgál. Bizonyított, hogy a mucociliáris clearance lassul a körképben, s a szerzők arra kerestek választ, hogy a produktív köhögés képes-e ezt kompenzálni. Inhalált, zömmel a kis bronchusokban lerakódó radioaktív részecskék kiürülését vizsgálták a köhögés időtartamával, produktivitásával, azaz a köpet mennyiségével, a légzésfunkciókkal együtt, dohányos és exdohányos idült hörghurutos betegekben. Eredményeik szerint a nagy mennyiségű köpetet produkáló globális tüdő clearance-e relatíve normális maradt, jelezve, hogy a köhögésnek nemcsak a károsodott mucociliáris aktivitású nagylégutakon keresztül, hanem a kislégutakban is fontos szerepe lehet, s mucociliáris tevékenység csökkenését kompenzálni képes. A dohányzó idült hörghurutosok produktív köhögése tehát egyfajta kompenzáló mechanizmus. A dohányzás okozta mucociliáris transzport károsodás kezdetben — legalábbis részben — reverzibilis, e stádiumban a dohányzás eltávolításától javulást várhatunk. Később e károsodások irreverzibilisekké válnak, ekkor a beteg a produktív köhögés tisztító effektusának van kiszolgáltatva. A dohányzás és szakaszban való abbahagyása — mint ezt a jelen vizsgálat eredményei is mutatták — csökkentheti a köhögést, s annak produktivitását, azaz gátolja ezt a kompenzáló mechanizmust.

[Ref.: a kétségek kívül logikusan érvelő cikk végső konklúziója a bizonyos idő után „áldásos” dohányzással kapcsolatban meglepő, s szerintem erősen vitatható. Célserűbbnek vélem a köpetürítést valamilyen más úton fenntartani, illetve fokozni. Például úgy, hogy megtaláljuk végre az ideális (vagy azt az legalább megközelítő) expectoranst.]

Horváth Tibor dr.

Különböző egypetéjű ikrek tüdőfunkciója. Hankins, D. és mtsai (Department of Medicine, University of Minnesota Hospitals, Minneapolis Minnesota and Department of Medicine, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada): Amer. Rev. Resp. Dis. 1982, 125, 119.

Az idült obstructív tüdőbetegség keletkezésének a dohányzás kockázati tényezője. Ezenkívül azonban ebben egyéb okoknak, így a környezeti és az öröklött tényezőknek is szerepe lehet. A szerzők 15 egypetéjű ikerpáron, továbbá egy

egyedüljáró hármas ikren az öröklött tényezőknek a dohányzással kapcsolatos hatásával foglalkoztak. Az ikrek átlag 37,7 évesek, 166,5 cm magasak, 68,5 kg testsúlyúak voltak és 3,8 hónapos koruk óta éltek egymástól külön. Valamennyi ikren tizenháromféle légzésfunkciós próbát végeztek. Ezek közül a dohányzóknak a nem dohányzóktól való elkülönítésére a fokozott vitálkapacitás 25 és 75%-ánál mért fokozott kilégzési áramlási arány, a fokozott vitálkapacitás 25 és 75%-ánál mért pillanatnyi kilégzési áramlási arány és a Tiffeneau-próba volt a legjobb. Egyező volt az első próba a nem dohányzó ikrekén 1,9 és 5,1, a második próba 0,8 és 4,0 l/s, a harmadik próba pedig 1,9 és 5,1 l között. A dohányzó ikrekén egyező volt az első próba 1,0 és 4,3, a második 0,7 és 1,9, a harmadik 1,4 és 4,5 l között. Eltérő volt az eredmény a dohányzó ikrekén az első próbával 2,1 és 2,5, a másodikkal 1,2 és 4,7 l, a harmadikkal pedig 2,3 és 2,9 l között. Az utóbbi hat eltérő eredménnyel végződött légzésfunkciós próbák átlagos különbsége: a maradéktérfogathoz és a teljes tüdőkapacitás hányadosa — 19 %, a Tiffeneau-próbáé 15%, a teljes fokozott vitálkapacitás 25 és 75%-ánál mért fokozott kilégzési áramlási arány 28%, a teljes fokozott vitálkapacitás 200–1200%-ánál mért fokozott kilégzési áramlási arány 28% és a teljes fokozott vitálkapacitás 75%-ánál mért pillanatnyi áramlási arány pedig 51% volt. Adataik alapján úgy látták, hogy az öröklött tényezők jelentősen befolyásolták a dohányzásra való hajlamot.

Pongor Ferenc dr.

Dohányzás a terhesség alatt; kapcsolata a magzati bőrredő vastagsággal, az anyai súlygyarapodással és a magzat születési méretével. S. W. D'Souza, Black, P., B. Richards (Department of Child Health, St. Mary's Hospital, Manchester): Brit. Med. Jour. 1981, 282 1661.

Az újszülött bőrredő vastagsága a bőr alatti zsírszövet mennyiségi mutatója. Korábbi vizsgálatokból ismert, hogy a terhesség alatt bizonyos anyai feltételek e zsírszövet mennyiségét befolyásolják. Pl.: az anyai magas vérnyomás csökkenti, a túlzott anyai elhízás, vagy diabetes növeli azt. A szerzők tanulmányukban a dohányzás hatását vizsgálták az anya és újszülött bőrredő vastagságára, a terhes súlynövekedésére és a magzat születési súlyméretére.

A vizsgálathoz 452 normális, egyes terhességű anyát választottak ki. Kórelőzményükben nem szerepelt abortus vagy halvaszületés, szociális helyzetük azonos volt. Életkoruk, megelőző szülésszámuk, testsúlyuk és jelen terhességük kora egységes volt a vizsgálat kezde-

tén. Gestációs idejük összhangban volt a magzat ultrahanggal mért méhen belüli méretével és biparietális átmérőjével. Az anyákat 3 csoportba osztották. 1. nem dohányzók. 2. enyhe dohányosok, 3. erős dohányosok (nap 15 cigaretta felett). A terhes anyák súlynövekedését hetente ellenőrizték. Az anyák és újszülöttek bőrredő vastagságát Harpenden-féle tolómérővel mérték azonos test-, ill. végtaghelyzetben, azonos pontokon a musculus triceps és a musculus subscapularis felett. Megmérték a újszülött testhosszát és fejkörfogathat is.

A vizsgálatok eredménye szerint az erős dohányos anyák szignifikánsan kevesebbet híztak (átlag heti 60 grammal), mint a nem dohányzók, de az anyai bőrredő vastagságban nem volt jellemző különbség. Az erős dohányosok újszülöttei kisebb súllyal és kisebb fejkörfogattal születtek, testhosszuk is rövidebb volt, de a bőrredő vastagság ugyanolyan volt, mint a nem dohányzók újszülöttei.

Eszerint a terhesség alatti dohányzás az intrauterin-növekedés általános retardációját okozza, de ez nem a magzat foetoplacentalis alultápláltságát jelenti. A mérsékelt dohányzókra nyert adatok a két szélső csoport közötti értékeket adták.

A magzati test zsírnövekedése a 20. gestációs héten kezdődik és csaknem teljes mennyiségben a bőr alatt raktározódik. Mérése fontos tájékoztatást ad az újszülött tápláltságáról. Nem minden növekedésben retardált újszülött szenved alultápláltságban. A bőrredő vastagság mérése alkalmas a valóban alultápláltság és a csak alkatilag kis csecsemők elkülönítésére. Az erős dohányosok újszülöttei ez utóbbi csoportra emlékeztetnek. Valószínű, hogy az intrauterin-növekedés retardációját a tartós magzati hypoxia okozza a dohányfüst valamely összetevője következtében.

Szalóczy Péter dr.

A gégebetegek dohányzási szokásai. Görisch, J. és mtsai (Klinik und Ambulanz für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten der Karl Marx Universität Leipzig, DDR): Zschr. Erkr. Atmungsorg. 1981, 157, 212.

A betegségeknek a leggyakoribb okai a külső tényezők. Ezek között első helyen áll a dohányzás, ami nemcsak a dohányzóknak okoz ér-, gyomor-, hörgőbetegségeket, rosszindulatú daganatokat, hanem a passzív dohányzás is. A szerzők 616 gégebeteg dohányzási szokásait vizsgálták meg. Ezek között jóindulatú gégebetegsége: hangszalagpolip, papilloma, keratosis, leukoplakia 266 férfinak és 81 nőnek, együtt 347 betegnek, rosszindulatú gégedaganata 244 férfinak és 25 nőnek, együtt 269 betegnek volt. Do-

hányzó és nem dohányzó 266 férfi és 81 nő, együtt 347 jóindulatú; rosszindulatú gégedaganatos 244 férfi és 25 nő, együtt 269, összesen 616 gégebeteg volt.

A gégebetegek 78,87%-a tehát dohányzott. Nem dohányzott 107 beteg. Közülük jóindulatú gégebetegsége 36 férfi és 46 nő, együtt 82 betegnek, rosszindulatú gégedaganata 10 férfinak és 15 nőnek, együtt 25 betegnek volt. A jóindulatú betegek közül évtizedeken át 100 000 g dohánynál kevesebbet szívott el 63 férfi és 21 nő, együtt 84 beteg, 100 000 és 200 000 g között szívott el 92 férfi és 8 nő, együtt 100 beteg, 200 000 g-nál többet szívott el 75 férfi és 6 nő, együtt 81 beteg, összesen 265 beteg. Ezzel szemben a rosszindulatú gégedaganatos betegek közül több, mint 10 éven át 100 000 g-nál kevesebbet szívott el 19 férfi és 5 nő, együtt 24 beteg, 100 000 és 200 000 g között 99 férfi és 3 nő, együtt 102 beteg, 200 000 g-nál többet szívott el 116 férfi és 2 nő, együtt 118 beteg.

Idült hörghurutja volt 266 férfi és 81 nő, ebből 347 betegnek. Közülük nem dohányzó volt 36 férfi és 46 nő, együtt 82 beteg. Az idült gégehurutos betegek közül 100 000 g-nál kevesebbet szívott el 63 férfi és 21 nő, együtt 84, 100 000 és 200 000 g között 92 férfi és 8 nő, együtt 100, 200 000 g-nál többet szívott el 75 férfi és 6 nő, együtt 81, összesen 265 beteg.

Dohányzó volt a jóindulatú gégebetegek közül 230 férfi és 35 nő, együtt 265 beteg; rosszindulatú daganata volt 234 férfi és 10 nő, együtt 244, összesen 509 betegnek. Ezek közül cigarettát szívott a jóindulatú betegek közül 204 férfi és 35 nő, együtt 239, rosszindulatú gégedaganatos 150 férfi és 10 nő, együtt 160, összesen 399 beteg volt. Cigarettát és szivart szívott a jóindulatú gégebetegek közül 9 férfi, a rosszindulatú gégedaganatosak közül 32 férfi, összesen 41 beteg. Cigarettát és szivart szívott, valamint pipázott egy jóindulatú gégebeteg és 18 rosszindulatú gégedaganatos, összesen 19 gégebeteg. Szivart szívott 13 jó- és 14 rosszindulatú, összesen 27 gégebeteg. Pipázott 3 jó- és 5 rosszindulatú, összesen 8 gégebeteg.

A jóindulatú gégebetegek dohányzási időtartama 5 évnél kevesebb volt 9 férfi és 2 nő, együtt 11, 6–10 évig tartott 10 férfi és 3 nő, együtt 13, 11–15 évig tartott 16 férfi és 2 nő, együtt 18, 16–20 évig tartott 37 férfi és 8 nő, együtt 45, 21–30 évig tartott 57 férfi és 9 nő, együtt 66, 31–40 évig 64 férfi és 6 nő, együtt 70, 40 évnél hosszabb ideig tartott 37 férfi és 5 nő, együtt 42, összesen 230 férfi és 35 nő esetében.

A rosszindulatú gégedaganatos betegek dohányzási időtartama 5 évnél kevesebb volt 2 férfi és egy nő, együtt 3, 6–10 év között volt 3 férfi, 11–15 év között 2 férfi, 16–20 év között 12 férfi és 3 nő, együtt

15, 21—30 év között 47 férfi és 2 nő, együtt 67, 40 évnél hosszabb ideig tartott 103 férfi és 4 nő, együtt 107, összesen 234 férfi és 10 nő esetében.

Mind a jó- mind a rosszindulatú gégebetegségek gyakoribbak voltak a férfiakban, mint a nőkben, bár a jó- és rosszindulatú gégepanaszok nagyobb számúak voltak a nem dohányzó nőkben, mint a nem dohányzó férfiakban, jóllehet az utóbbi 3 évtizedben egyre több férfi dohányzott, mint nő. Amíg a nem dohányzó férfiakban a rosszindulatú daganatok lényegesen kisebb számúak voltak a férfiak jóindulatú gégebetegségeinél, ez a különbség — talán a vizsgált nők alacsony száma miatt — a nők esetében nem volt bizonyítható; a jóindulatú gégebetegségek viszont lényegesen gyakoribbak voltak a rosszindulatú daganatoknál. Lehetséges, hogy a nőkben a rosszindulatú daganatokra való hajlam kisebb a férfiakénál s így a nőkben az aktív dohányzás nem játszik olyan kiugró szerepet a gégerák keletkezésében, mint a férfiakban.

Az is előfordulhat, hogy a jóindulatú gégebetegség később rosszindulatú lesz. Gégerákos betegek kórelőzményében ugyanis 23%-ban jóindulatú gégebetegség szerepelt. A szűrős cigaretta nem nyújtott védelmet a gége károsodása ellen, ezért a jóindulatú gégebetegeknek a dohányzást feltétlenül meg kell tiltani.

Pongor Ferenc dr.

Károsító anyagok a dohányban és a dohányfüstben. Iwainsky, H., és mtsa (Forschungsinstitut für Lungenkrankheiten und Tuberkulose, Berlin-Buch, DDR): Zschr. Erkr. Atmungsorg. 1981, 157, 90.

Az utóbbi évtizedekben egyre biztosabb módszerekkel mutatták ki a dohányzásnak az emberi szervezetre való károsító hatását. Ha a világon az 1950-ben gyártott ci-

garetták számát, 1 267 400 millió darabot 100%-nak veszük, e szám 1974-ben 3 111 100 millió darabra, 245%-kal emelkedett. Az NDK-ban az egy személy által elszívott cigaretták száma 1960-ban 1042 darabról, 100%-ról 1978-ban 1682-re 162%-kal, a szivaroké 43 darabról, 100%-ról 47 darabra, 109%-ra emelkedett, az elfüstölt pipadohány grammja viszont 176 g-ról 130 g-ra, 17%-kal csökkent.

A dohány és a dohányfüst károsító hatásának a vizsgálata nemzetközi szinten is a cigarettázók és a szivarozók felé koncentrálódott. A kettő között ugyanis lényeges a különbség. A cigarettadohány leveleit teljesen érett, a szivardohány leveleit pedig éretlen állapotban aratják. Így az előbbieken sok a szénhidrát és ezek izzás közben a füstben savanyú kötődésűekké és enyhén lúgos nikotinná alakulnak át. Ezzel szemben a szivardohány leveleiben a szénhidrát tárolás és fermentálás közben lebomlik és a füstben szabad nikotin formájában hat.

Manapság a dohányfüst károsító hatását igen érzékeny modern képszülékekkel határozzák meg. Jelenleg mintegy 2300 ilyen anyagot ismerünk. A dohánylevél ásványi, zsírszerű anyagokat, fehérjéket, és szénhidrátokat tartalmaz. Ezek kémiai szerkezete azonban a fermentálás és a dohányzás közben döntően megváltozik. A fermentált dohánylevelekből dohányzás közben a nikotin 24—35%-a elbomlik, 23—34%-a a főáramlási, 26—36%-a a mellékáramlási füstbe kerül. A csikkeken azok hosszától függően a nikotinnak 6—69%-a marad meg. A dohánylevélben levő szénhidrogének csak kis része kerül változatlanul a dohányfüstbe, nagy része elbomlik és belőlük kb. 80 4—6 gyűrűs szénhidrogén keletkezik. Ezek közül 11 rákkeltő hatású. A pektinből és a ligninből a hő hatására metylcsoportok, ezekből pedig metanol, formaldehyd, hangyasav és egyéb

kötődések keletkeznek. A dohányhoz adott ízesítő, nedvességtartó és a papírból acrolein képződik. Ezek csökkentik a tüdőnek a fertőzéstől való védekező képességét, a cigarettapapír pedig egy alfa-sugárzó anyagot, ^{210}Po -t is tartalmaz.

Mint a legtöbb növényben, így a dohánylevélben is számos a környezetből származó radioaktív anyag van. A dohánylevél a termőföldön trágyázás közben nitráttal, arzénal és DDT-vel fertőződik. Ezek az anyagok más növényi táplálékkal szintén az ember szervezetébe kerülnek, azoknak a felszívódását azonban az emésztőrendszer csaknem teljesen megakadályozza. A dohányfüsttel viszont ezek az anyagok natív aeroszol formában egyenesen a tüdőbe kerülnek. Ott azután a macrophagokban felületfeszültségi anyagot, gyógyszert és nikotin-biotranszformáló károsító enzimeket képeznek. Számos kutató kimutatta, hogy a nikotin hatására a tüdő-, a gége- és a húgyhólyagrakot elősegítő indukált hidrolas képződik.

Mindezekből következik, hogy a nikotin fokozza a táplálékkal bevitt károsító anyagok hatását. A carcinogén dohányfüst fő hatóanyaga a ciklikus szénhidrogén. A passzív dohányzókra a dohányfüstben levő nitrosamin töménysége, valamint a gyógyszerek aktiválását gátló hatása további vizsgálatot igényel. A dohányzók plazmájában a nikotin töménysége 0,1—0,3 mg/l, az anyatejben 0,16 mg/l. A dohányzó anyák újszülöttjének a vérében a HbCO töménysége 9,1, az anyák vérében 5,5%. Ezekre az adatokra a közegészségügyi szervezetnek a lakosság érdekében alaposabban kellene figyelni. Tekintettel kellene lenni arra is, hogy a táplálékkal, a foglalkozási expozícióval és a dohányzással az ember szervezetébe jutott károsító anyagok hatása szummálódik.

Pongor Ferenc dr.



A beteg orvos és a medicina.

T. Szerkesztőség! Az Orv. Hetil. 1983, 124, 301. 5. számában *Szen-dei Ádám dr.* szerkesztőséghez írott levele mellett mind a referáló rovatban, mind pedig a glosszában bőséges utalást találunk a medicina vadhajtasairól, az önmagáért levő tudomány féltiszálásáról, az agresszív orvoslásról és mindezek áldozatáról, a helyét nem találó kétségbeesett betegről. *Szen-dei dr.* nagyon finoman és diplomatikusan fogalmaz a segítségre szoruló beteg orvos dilemmájáról, aki ilyenkor nemcsak a fehér köpenyből bújik ki, hanem sokak szemében egész korábbi orvos mi-voltából is.

A kérdéssel kapcsolatban szeret-nék néhány népszerűtlen gondola-tot papírra vetni, hangsúlyozva, hogy a problémát nyilván nem az én soraim fogják megoldani.

A mindent elsöprő technikai for-radalom hallatlanul bonyolultta, betáplálta, programozta, lyuk-kártyássá alakította mindazt a ba-nális, mindennapi, sok fáradságot és örömet adó ténykedést, amit ál-talában emberi életnek nevezünk. Elszabadultak a tudomány rom-boló erői és az emberiség józanab-bik fele kétségbeesett erőfeszítése-ket tesz, hogy a katasztrófától meg-mentse önmagát. Természetesen nem lehet kivétel a kiszabadult szellem törvénye alól a jövő év-ezred küszöbére lépett medicina sem, amely a korábbi humán vonal-ról a technika, elektronika, com-puter diagnosztika és kezelés irá-nyába távolodott el. A tudomány hajhászásának, a rideg, sokszor ijesztő és gyakran felesleges be-avatkozások szenvedő alanya a má-sodlagos szerepet játszó beteg lett, hiszen a medicina nagyon sok he-lyen az orvosok és klinikák komp-likált de tagadhatatlanul izgalmas szellemi tornájává alakult át. Szá-mos megoldatlan, de kevésbé lát-ványos kérdés félretekvése mellett valóságossá lett a madáchi vízió: „Az ember ezt, ha egykor ellesi, Vegyonyhájában szintén megteszi.” Mesterséges génstruktúrák alko-tása, halálán túli nemzések mély-hűtött spermával, laboratóriumban kevert emberi egyedek Huxley lombikbébi gyárát keltették életre. Sui generis medicina ez, kétes di-csőség hajhászása és öntelt kísér-lest arra, hogy az ember tökélete-sebb embert tud fabrikálni, mint a természet. Szuper agyvelők és nyo-morultak milliárdjai alkotnák a jö-vő társadalmát? Csoda-e ha ebben a gépeket, bizzarr kísérleteket imá-dó technokrata medicinában elve-szett a humánus lényege: a beteg és az orvos közötti személyes em-beri kapcsolat? Olyan alig átjár-

ható barrier fonódott a betegágy-ban fekvő és mellette álló szemé-lyek közé, amire eddig még nem volt példa. Vajon nem döbben-e a fejlett betegellátásnak az a rendszere, amelyben a páciens sok-szor csak több hetes várakozás után órára percre bejelentett és visszaigazolt időben úgy jut el or-voshoz, mintha királyi protokollá-ris fogadásra menne? És jók-e azok a kisebb városnyi területen fekvő mammutkórházak, ahol a sze-mélyzet autókön közlekedik a pa-vilonok között? Nyomasztó hangu-latot árasztó gigantomania szülte egészséggyárak ezek, a *crudelitas medicinae* fellegvárai.

Természetes, hogy ebben a szem-léletben a beteg már csak eset-számmá degradálódik, egy riadt emberkére zuhognak a sok orvos által annyira kedvelt modus impe-rativusok, aki mukkanj sem mer a jóval nehezebb szellemi súlycsop-ortban helyet foglaló doktorral szemben. Fokozottan vonatkozik ez a magatartás a műtői szak-mákra. Bár kötelező a beteg szak-szerű felvilágosítása, idő hiányában ez sok helyen csak formálisan tör-ténik meg. Pedig egy műtét nagy dolog, a betegnek. Illene a javasolt beavatkozást töviről-hegyire meg-beszélni pozitív és negatív irány-ból egyaránt megközelíteni, kitérni a várható és nem várható hatá-sokra. Akkor kevesebb lenne a csa-lódott beteg, akinek műtét után is megmaradtak a panasza, vagy nem sejtett újabbak jelentkeznek. Csak az orvostörténelem és a bec sületes önkritika a megmondhatója, elha-morkodottan mennyi felesleges, rossz időben történő, hibás, sőt ká-ros kezelést és beavatkozást végez-tek el betegeknek csak azért, mert akkor az volt a tudomány korszerű állása. Az orvosi zárójelentések — külön téma lenne foglalkozni a ma már brosrúrává dagadó adathal-mazzal — epikrizisei többnyire csak a szépre emlékeznek.

Bár a betegek zöme nem tudja, gyakorlatilag manapság az orvosi titoktartás is megszűnt. Nem hiva-talosan — hiszen az Orvosi Rend-tartás részletesen foglalkozik vele — azonban a vizsgálathoz és gyógykezeléshez csatlakozó admi-nisztráció, adatfelvétel, jelentés-kötelezettség, kiértékelés és meg-annyi bürokratikus intézkedés nem jelent biztosítékot a diszkréció megőrzésére. A titoktartás meg-sértésének eklatáns példája az úgy-nevezett járási csecsemőhalálozási értekezlet. Ott legalább 80–100 fő, zömmel egészségügyi dolgozó előtt továbbképzés címen nemcsak név-szerint, hanem a többnyire elma-rasztáló jellegű családi viszonyok feltárásával pertraktálják a perina-tális eseményeket. Az orvosi titok-

tartás kívánalmait a BNO kódszá-mok és a paraván mögé bújtatott orvosírók sem oldják meg, úgy látszik elfújta ezt is a modern élet szele.

A medicina ilyenfajta — szük-ségszerű? — eltorzulásait felvető gondolataimmal senkit se akarok megbántani: a Hetilap idézett szá-mában ennél sokkal keményebb kritikát olvastam. Ez a kritika nem annyira személyeknek, mint inkább jelenségeknek és szemléleti módok-nak szól.

Nyilván senki sem akarja, hogy a medicinát visszaminősítsük a ko-rábbi évek nivójára. A tudomá-nyok versenyfutásában a mi disz-ciplinánk sem maradhat le: köve-telmény, hogy kutassunk, kísérle-tezzünk, és szüntelenül javítsuk az eredményes gyógyítás lehetőségeit. Mégis úgy vélem, hogy az elméleti kutatások, a látványos egyedi pro-dukciók mellett van egy hétköz-napi gyógyító munka is, amely a maga nemében meglehetősen egy-szerű és szürke, azonban az embe-riség nagyobbik részét érinti. En-nek következtében nyilvánvaló, hogy a tudomány felső fokán való gyakorlását el kellene választani a napi praxistól. Tehát a gyógyító orvosok ne érezzék magukat félre-ismert kutatóknak és ne lássanak okvetlenül minden betegben ma-gas szintű tudományos problémát és kísérletsorozatra jogosító alkalmat. Megszívlelendő a régi mon-dás, mely szerint ne te légy az első, aki valamilyen új eljárást elfogad, de ne is az utolsó. Talán nem téve-dés, ha azt mondom, hogy a medi-cina a tudományok kurtizánja: egyetlen szakterületen sem emel-nek annyira az egekbe valamit és dobnak ki hamarosan olyan látvá-nyos ívben az ablakon, mint a miénkben.

Ezek után következzen a beteg orvos, aki évtizedekig gyógyított, akit a rászorulóknak szerettek, tisztel-tek, aki most pizsamát ölt és a be-avatottak táborából hirtelen átke-rül a túloldalra. Biztosan nincs még egy hivatás, ahol olyan gyorsan le-kopna és nyomtalanul elpárologna a nimbusz, mint a beteg kolléga esetében. Különösen fáj, hogyha a sokszor jóval fiatalabb kórházi doktor társa betegágyánál a meg-szokottnál is fölényesebb, tanári módon, a mágnusos titokzatosságá-val úgy igyekszik tudását csillog-tatni, hogy abból egyértelműen ki-derüljön a beteg számára, hogy ő tulajdonképpen mennyire tudatlan, szánalmas teremtmény. Emlékszem egy kolléga esetére, akit egy meg-jegyzése kapcsán a nővér udvaria-san bár, de így utasított rendre: „Őn most nem főorvos nálunk, ha-nem egy kedves betegünk.”

Természetesen senki sem kíván-ja, hogyha az orvos kórházba kerül, akkor ott boruljon fel a napirend, mindenki a kolléga kívánságait les-se. Az is tény, hogy a legtöbb orvos éppen állásánál, szakképzettségénél fogva igen kellemten, renitens

beteg és ha saját gyógykezelésének elveit maga akarja megszabni, vagy befolyásolni, akkor többszörösen inkompatibilis helyzet alakulhat ki. Nehezíti a helyzetet, hogy sajnos az orvos-egészségügyi rendben belül is rideg elkülönítést, szívtelenséget és közömbösséget lehet észrevenni. Ma megrökönyödve tapasztaljuk, hogy egészségügyi dolgozók — sokszor házon belül is — a munkájuk végeztével beállnak a betegek közé és mint közönséges pácinesek türelmesen várnak sorukra. Pedig kebelbelinek semmi keresnivalója nem lenne a „túl-só oldalon”, rá kell, hogy jusson külön idő és gondoskodás. A háború előtti időkben anyámat és jómagamat úgy kezelték, mint orvos özvegyét, illetve gyermekét: sorbanállástól megkímélve, ingyen és figyelmesen. Akkor a kolléga kifejezés még valóban kollégát jelentett, ma már csak megszólítást.

Mi volna a tennivaló?

Nyilvánvaló, hogy a legszerényebben képzett beteg orvos sem felejt el máról holnapra a medicinát, tehát helytelen és megalázó őt laikus módjára kezelni. Napjainkban egyre többet írnak a betegek gyógyításával kapcsolatban a compliance fontosságáról és ennek érdekében javasolják, hogy a páciens mintegy tanácsadóként maga is legyen részt a terápiában. Ha ez így helyes, akkor ugyan a beteg orvosra nem vonatkozik-e sokszorosan? Természetesen más betegekkel ellentétben figyelembe kell venni, hogy az orvos mint többé-kevésbé hozzáértő, aki ismerős a medicina intimitásaiban, kollégák, intézmények munkájának különböző értékű minősítésében, kliniko-patológiai konferenciák tanulságaiban, szubjektív okok miatt sokszor nem könnyen hangolódik a kívánt hullámhosszra. Nem is teheti, hiszen orvosi mivoltától senki se tudja függetleníteni önmagát, legfeljebb ante finem. A legfigyelmezettebb orvos is kétségbeesik és ezt a kint növeli a tudás adta tépelődésből fakadó bizonytalanság érzése. Éppen ezért emberi jognak tartom, hogy bizonyos esetekben a beteg orvos saját sorsának kimenetele fölött életfilozófiája, mentalitása szerint önhatalmúlag döntsön. Ezt a döntést egyaránt értem pozitív és negatív irányúra: mindig akadnak kétségbeesett kísérletre vállalkozó és elutasító magtartást tanúsító kollégák.

Az orvostörténelem sok világhírességet tart számon, aki nagy volt a maga szakmájában, sokszor kiváló eredménnyel gyógyított, de adott esetben önmagát mégse vetette alá az általa is propagált eljárásoknak, holott hitt bennük, amíg más betegágyánál állt. Ismeretes, hogy a magas korú, zseniális Tauffer professzornak annak idején Bakay tanár rectum resectiót ajánlott. Tauffer saját meggondolása alapján a morfint, illetve a revolvert választotta. Paradoxon?

Talán inkább egy bölcs orvos szubjektivitása.

A beteg orvos szindrómája halatlanul bonyolult jelensége szaktudományuknak, egyszersmind valamennyi kolléga előbb-utóbb bekövetkező egyéni drámája.

Janny Géza dr.

„Nem félistenként, hanem egész emberként”.

T. Szerkesztőség! Szendei Ádám dr. „vitát provokáló” levele (Orv. Hetil. 1983, 124, 301.) a medicina szinte valamennyi aktuális gondját érinti és ennek megfelelően kevert nagy vihart az előrenézőkben. Írása emberi és orvosi lelkiismeretünkbe mart; mit csináltunk jól, és mit rosszul? Hova és hogyan vezetesen útnak tovább? Vannak, akik megtalálták azokat a félmondatokat, melyekkel saját vélt igazukat látják bizonyítottak, mások (az igazán őszinték, a jövőt jobban alakítani szándékozók) valamilyen „közös gyónásra” éreznek késztetést. Mit vettem a rám bízott betegek ellen? Hogyan kívánom a hibákat jóvátenni? Miben voltam vétkes, ha a rám bízott pályakezdekő orvosi és emberi viselkedése, értékítélete rossz sinre futott?

Orvos-beteg kapcsolat

Milyen lehet a kapcsolat, melyről, az orvos mint beteg — legyen bár csak egyedi esetről szó — ilyen negatív képet fest? Nem kívánom menteni azt, ami nem menthető, de egy gondolat mégis ide kívánczozik. Nagyon egyszerűen fogalmazva, akkor igazán „jó” az orvos-beteg kapcsolat, ha az orvos látványos módon tud véleményt alkotni és főleg gyógyítani. Ki ne ismerné ennek ellenkezőjét; azokat a betegeket, akiknek kórlapjai ugyan nagyon vastagok, a különböző vizsgálatok tucatjait tartalmazták és mégsem tudjuk mi a bajuk, mégsem tudunk rajtuk segíteni, ahogyan szeretnénk. Múlnak az eredménytelenséggel teli napok, és mi egyre jobban „haragszunk”. No nem a saját tudatlanságunkra, tehetetlenségünkre, hanem a betegre. A vizitnél legszívesebben elkerülünk ágyát, sőt még a kórtermet is. Emberi dolog ez, bármennyire elítélendő.

Nem elkerülni kell ezeket a betegeket, nem kurtán-furtán elintézni, hanem sokkal több gondossággal, kedvességgel és odatekintéssel körülvenni őket. A levélben említett nagyképűség, időhiányra való hivatkozás nem lehet orvoshoz méltó magatartás. Bár melyikünk büntelen, ha magába néz? A gyógyítás szent feladatát mi magunk vállaltuk, azt nekünk kell kibúvók keresése nélkül teljesíteni. Akkor is, ha az nagyon nehéz.

Medicus non fit sed nascitur — avagy a leendő orvos kiválasztása.

A klasszikus mondásnak ilyen adaptálása talán túlzásnak tűnik, de mégsem az. Valahogy úgy képze-

lem, hogy hajdan a múzsa homlokra csokolta az ifjú emberpalántát, aki ettől kezdve mintegy kényszerpályán járva vállalta az orvossá válást, a velejáró örömeit (sike-reket), de ugyanúgy a nehézségeket és csalódásokat is. Így történik ez ma is? Egyértelműen nem, legalábbis az esetek többségében. Szülők, nagyszülők, rokonok tanácsára továbbá rossz, vagy rosszul választott példák („a jól kereső orvos”) indíttatására az ifjú pályaválasztó erőszakolja meg a múzsát, kikényszerítve tőle a képessé semmire sem tevő csókot és elhatározza, hogy orvos lesz. Ezekután már csak a megfelelő receptet kell alkalmazni; végy kis szorgalmat és vizsgálj le jól néhány középiskolai tárgyból, oldj meg sok olyan matek példát, melyre soha az életben nem lesz szükséged, tanulj meg előre a biológiából azt, amit megtanítani az egyetem hivatott (meg is teszi), és semmi sem ment meg téged, sem a betegeket attól, hogy hat év múlva fehér köpenyes félistenné ne válj. Írj ezek után néhány kiló közleményt, a megfelelő szorzószámról ne feledkezz meg, az irodalmi hivatkozásból a világról se hagyd ki a nagy tudóst, véleményed és persze eredményeid se különbözzenek az övétől, és az olimposzi fellegeteket madártávlatból fogod látni. Légy főnök, és attól kezdve elég, ha másokkal iratod meg a közleményeket, te csak a nevedet írd alá. Végül, ha pályádat mindezek ellenére túlságosan rögzösnek, annyi hasznót mégsem hozónak találd, végezz pályamódosítást. Menj el bármi másnak, ha ott simább az út. Ezzel el is érkezünk a következő gondolathoz, egy nagyon lényeges fejezethez.

A cserbenhagyásos pályaválasztás.

Ezt nem büntetik, mert a cserbenhagyás nem autóval történt. Feledve a megerőszkolt múzsát, megürül egy hely, melyet rosszul választott az orvostanhallgató (kórházi orvos) és mások előtt vett el. Olyanok elől, akik talán a matematikában kevesebb pontot értek el, sőt horribile dictu biológiában (az ízelt lábú rovarok osztályozásában) gyengébbek voltak, de valóban homlokukon viselték a kiválasztottság stigmáját. Akiket a választott (megálmodott) útról senki és semmi sem téríthetett volna el.

A pályaválasztásnak, a munka-hely megválasztásának is van etikája. Világos, hogy a pályakorrekció hasznosabb a kényszerpályán való cammogásnál. De ajánlom, hogy a nagy döntések időszakában mindenki a lelkiismeretére hallgasson és ne státus-szimbólumok után szaladjon. Ha mindezek ellenére úgy érzi valaki, hogy irányt kell változtatnia, ám tegye lelkiismeretfordulás nélkül. De ha csak a fehér köpeny fétise vonzotta és zsebbe dugott borítékok reménye, hivatástudat nélkül, akkor igenis

vegye tudomásul, hogy visszaért társadalmunkkal. Egy szakorvos kinevelését — az egyetemen kezdődik —, a társadalom vállalja magára, az utolsó simítások egy osztály kollektívájának feladata. Az első műtétek stressz hatása a kezdő kezét vezető szakorvosra hárul. A kollégák végzik a katonai szolgálat, a szakorvosképzéssel járó távollétek alatt a helyettesítést. Mennyire kétszázé válik a sikeres szakvizsgát ünneplők öröme, ha érzik, sejtik, vagy talán már tudják is, hogy az ünnepeit élve a pályakorrekció lehetőségével, gondolatban már új utakon jár. És kezdődik egy új emberrel az egész előről.

Új utak keresése.

Azt hiszem, az új utak kövesztését azok keresése előtt, már az általános- és középiskolákban kellene kezdeni. A középiskolák jelen rendszere feltételezi azt, hogy a tanuló már korán tudja, hogy mi akar lenni. Túlságosan korán történik az első szelektálás; egyetemi továbbtanulásra alkalmas-e? A középiskola nem kötelező — hányszor hallják ezt a tanulók és szülők!

Az ifjú embert kaotikusan veszi körül az élet. Ebből kell válogatnia a maga számára, a maga és a társadalom hasznára. Ebben a sorsdöntő korban olyan szinten ömleszteni az iskola valamennyi tárgyát egy-egy osztály kollektív agyába, mintha csak egy-egy tárgy elkötelezett tudóspalántái ülnének az osztályteremben. Szándékosan írok „kollektív agyról”, mert hol veszik tudomásul azt, hogy a jövő (felvételi vizsga, továbbtanulás) szempontjából oly lényeges években egy osztályon belül a biológiai érés és ezzel az érdeklődés érlelésének folyamata olyan mértékben inhomogén, hogy annak kifejezéséhez a hagyományos Gauss-görbe szinte nem is alkalmas.

A jó pályaválasztáshoz vezető első lépcsőfok a tanuló körülvevő rendkívül bonyolult világ felfedezése. Ehhez többek között, vagy elsősorban ideálokra van szükség. Ilyen ideál lehet a tárgyat megszerzett pedagógus, akit *Greza Ferenc* (1) a színészhez hasonlít, aki az éltanuló szerepének példájával nevel, képviseli a tantárgyhoz kapcsolódó foglalkozásokat is. A tárgyért lelkesedő tanítási meghatározhatja pályaválasztásában a tanácstalan, a környezetét, de elsősorban önmagát sem ismerő tanuló. *Németh László* (2) röviden így fogalmaz: „... a nevelésben az első példa, — a példa ott áll a katedrán.” Ha ezt minden pedagógus átértené, pedagógiai elvként magába vésné és így keltene érdeklődést tárgya és az ahhoz kapcsolódó tárgyak iránt, ha mindehhez a tanulmányi terv alkalmazkodnék a tanuló biológiai érettségének megfelelő érdeklődéshez, ha a tantárgyak anyagát az összefüggések szem előtt tartásával egymáshoz

kapcsolva vonnák össze (újból *Németh Lászlóra* hivatkozom). ha az egyetemre való indulás (indítás-beengedés) elsőszámú feltétele a megfelelő szűrkeállomány birtoklásán kívül az így kialakult elhivatottság lenne, akkor kevesebb jövőbe néző gondjaik lennének mindazoknak, akik a valóban szocialista orvostípus keresését és képzését tekintik szívügyüknek.

„Mégmértél és könnyűnek (vagy nehéznek) találtattál.”

— *Ki alkalmas az orvosi egyetemre?* Valóban nem látszik rossznak az idézett rendszer, mely szerint az egyetemi felvételt megelőzően egy évet ápolóként kell a leendő orvostanhallgatónak eltöltenie. Találkoztam azonban olyan felvételire várakozókkal, akik egy éven át műtösként dolgoztak nálunk. Munkájukat lelkesen és nagyon jól végezték. A családás akkor ért, amikor már mint orvostanhallgatók szakmai gyakorlatra kerültek vissza hozzánk. Egy éven át sok mindent „meg lehet játszani”, de egy életen át, aligha! (Itt kérem az oktatókat és mindazokat, akik az oktatásért felelősek, tartsanak lelkiismeret vizsgálatot; hol hibáztam, ha a rám bízott hallgató elvesztette őszinte lelkesedését, feltevé, hogy az valóban őszinte volt?)

A jól válogatott egyetemre-jutásban sokat segíthetnek a tanulóakra odafigyelő középiskolai tanárok. Még nagyobb jelentősége lehetne azonban a felvételi vizsgákon történő egyéni beszélgetéseknek. Természetesen nem célzott kérdések feltevésére gondolok, melyekre a várt, ill. elvárt „helyes” válasz egyértelmű. Ez ugyan sokkal több munkát jelentene, erre a tesztlapok nem alkalmasak, de az eredmény megérné.

— *A pályakezdő milyen utat válasszon?* Döntése előtt mérje fel vágyait, egyéniségét, lelki és fizikai adottságait és természetesen az adott reális lehetőségeket. A rossz állóképességű ne kíváncsion baleset-sebéssé lenni, a finom kezűgységget és sok türelmet nélkülöző ne gondoljon a szemészetre. A gyengébb fizikum, a műszaki érzék hiánya, ezek nem hibák, hanem tulajdonságok. Javaslatom minden pályakezdőnek; *ismerje meg magát* és csak azután próbáljon dönteni. Nekem az osztrák példa rokonszenves. A pályakezdők bizonyos időt több szakmában eltöltenek. Lehet, hogy képességeikre valahol felfigyelnek és „otthagadnak” szakorvosok lesznek. A többiek kikerülnek az általános praxisba. Végzik munkájukat úgy, hogy valamilyen jártassággal már minden szükséges területen rendelkeznek.

— *Szükség van-e a publikálásra?* Igen! A becsületes publikálás, még ha nem is fed fel világrengető csodákat, kényszeríti a publikálót arra, hogy egy-egy kérdéssel különösen sokat foglalkozzon (Magam részéről a jó kazuisztikai közléseket értékelem rendkívül sokra.) Az igé-

nyesen készült közleményekből (igényesség nélkül közölni bűn az olvasók ellen) haszna van a közlőknek (sikerélmény + továbbképzés), de hasznos a betegellátás szempontjából is. A vezetőkhöz szól a kérés; nézzenek őszintén önmagukba, elismerték-e legalább jó szóval, és ezzel lelkesítették-e a rájuk bízott beosztottakat ilyen irányú törekvéseikben?

— *Milyen mércével rangsoroljuk az orvosok munkáját?* Negatív példa; a jó orvost sokan keresik, a rosszat kevesen. Párhuzamos rendeleseknél, nagyjából azonos díjazás mellett a rossznak lesz kényelmesebb az élete, és előbb-utóbb neki lesz csak lehetősége, hogy — ha akar — foglalkozzék betegével, ugyanakkor a „jó” orvos válik felületessé —, önhibáján kívül. A bizonyos „től-ig” rendszeren belül egy kórházi osztály terhei is kisebbek lesznek, ha kevesebbet vállal, a rizikós betegeket könnyen tovább küldi. Vonatkozik ez természetesen az alapellátásra is. Mennyivel kevesebbet fog fájni annak a körzeti orvosnak a feje, aki *gondolkodás helyett kórházi beutalókat ír*. Sok beteg még hálás is lesz a „gondosságáért”; még kórházba is beutaltak!

Itt felmerül egy alapvető kérdés. Vajon élünk-e az érdekelte tevékos és részrehajlás nélküli módszereivel? Anyagi és erkölcsi eszközökre gondolok. Gyakran inkább az ellenkezőjét tapasztalhatjuk; a sokat vállalóba még több terhet rakunk, és elfogadjuk gyengének a gyengét.

Fehér köpenyes félistenek vagyunk mi orvosok? Egyértelműen el kell vetni a félistenség gondolatát is. Tudomásul kell azonban venni azt, hogy azok az orvosok, akiket nem lehet letéríteni a göröngyös útról, akik álmatlan éjszakákat vergődnek végig a kórteremből, a betegágytól hazahurcolt gondjaikkal, akik mindezek mellett a közösségért többletmunkát is vállalnak, hogy társadalmunk gazdagabb legyen — azok valóban többet tesznek le a közös asztalra. Nem félistenként, hanem egész emberként.

Vecsey Dénes dr.

IRODALOM: 1. *Greza Ferenc*: Németh László vásárhelyi éve. Szépirodalmi Könyvkiadó. Budapest, 1979. 44–45. old. — 2. *Németh László*: A kísérletező ember. Magvető és Szépirodalmi Könyvkiadó Budapest, 1973. 415. old.

T. Szerkesztőség! Köszönetet kell mondanom a hozzászóló Vecsey Dénes dr. és Janny Géza dr. kollégáimnak, mindennekellott pedig a Szerkesztőségnek azért, hogy a reflexió jogán még egyszer lehetőséget biztosított arra, hogy medicinánk égető gondjaira felhívjam a figyelmet. Amennyire örömdetes a két hozzászólónak gondolatgazdagsága, nemes pátosza, annyira elszomorító az a tény, hogy a jövő orvos nem-

zedék neveléséért felelős egyetemi oktatóink közül egy sem ült írógéphez, hogy e témában a változtatás, vagy a javítás lehetőségeivel foglalkozzon.

Janny Géza dr.-ral sem akarok vitába szállni, sőt duplán szeretném aláhúzni két félmondatát, amely szerint sok-sok beteg nem kapja meg „a kötelező szakszerű felvilágosítást” — sajnos nemcsak akkor, ha az orvos időhiányban szenved, hanem akkor sem, amikor az orvosnak bőven lenne ideje tájékoztatni betegét. Hozzátenném még ehhez azt is, hogy a bánásmód, az orvosi tájékoztatás tekintetében a társadalmi ranglétra alacsony fo-

kán élők, „a hátrányos helyzetűek”, a szegény idős nyugdíjasok vannak legrosszabb helyzetben, mert gyakran „mukkani sem mernek a jóval nehezebb szellemi (és anyagi!) súlycsoportban helyet foglaló doktorral”, tanársegéddel, adjunktussal, netán tanárral, professzorral, főprofesszorral, főigazgató főorvossal szemben. Tudva tudom, hogy az emberi egyenlőség csupán jó szándékú emberek agyában született vágyalom, vagy utópia, de e vágyalom megvalósításáért való küzdelem lelkesített sok-sok orvost és más foglalkozásút hazánkban akkor, amikor még félféudális viszonyok uralkodtak. Nem árt erre

emlékeztetni ma sem, mert a jó szó, az orvosi felvilágosítás terén még nem érkezett el a Kánaán. Több mint negyed évszázados orvosírói ténykedésem alatt sok ezer „alacsonyabb súlycsoportú” embertársam gyakran alig olvasható panaszleveléből tanúsíthatom, hogy ez a súlycsoport nélküli leginkább a tájékoztatást. Talán éppen a leginkább kiszolgáltatott „súlycsoport” érdekében kell befejezésül még egyszer megköszönnöm, hogy jómagam, aki immár nem tartozom közéjük, szót emelhetek.

Szendei Ádám dr.

„Az orvostudomány eredményei, ismételjük, nem vitathatók, ha változatlanul nem is kérkedhetünk azzal, hogy urává váltunk életnek és halálnak. A medicina haladásának útját gyakran szegélyezik szemléletbeli és a gyakorlatból adódó szakadékok, sőt az sem ritkaság, hogy szemben találja magát egyikkel-másikkal. Ilyenkor mindig fel kell merülnie a kérdésnek: „Quo vadis, Medicina...?”

A századforduló óta a társadalmi forradalmak — a század dereka óta már a tudomány forradalmának korszakát is éljük szoros összefonódottságban.

A társadalom és tudomány forradalmi fejlődése egyaránt áldozatokat követel. Szerkesztőségi közleményünkkel a haladást kívánjuk szolgálni, még akkor is, ha tudjuk, hogy ez áldozatok, veszteségek nélkül nem lehetséges. És éppen ezért, mert ezt tudjuk, úgy véljük, a beteg ember iránt érzett kötelezettségünk, a beteg embert gyógyító orvos iránt érzett megbecsülésünk-ből fakadóan szerkesztőségi közleményünket méltóbban nem tudjuk befejezni, mintha Rosa Luxemburgtól, a szocialista mozgalom e nagy alakjától veszünk kölcsön azokat a gyönyörű sorokat, amelyeket az első világháború befejeztével mondott, hirdetett és amelyeket az orvostudomány forradalmára is, amelynek részesei vagyunk, alkalmazhatóknak tartunk:

„A nemzetek imperialista legyilkolásának 4 éve alatt vérfolyamok ömlöttek. Feltétlenül meg kell őriznünk e becses folyadék minden cseppjét, tisztelettel, kristályüvegekben. Félkeznetlen forradalmi energia és széles emberi érzés — ez a szocializmus valódi lélegzete. Igaz, hogy egy egész világot kell felforgatni, de vádol minden könnycsepp, amely elkerülhető lett volna.”

Mi, e nemzedék orvosai az orvostudomány forradalmárai vagyunk, akik tudjuk, hogy orvosi tevékenységünk e forradalmi útját veszélyek, kockázatok és áldozatok hosszú sora övezi, de azt is tudjuk — mutatis mutandis —, a beteg ember minden könnycseppje, szenvedése és halála vádol, ha azt elkerülhettük volna.”

Szerkesztőségi közlemény
(Orv. Hetil. 1971, 112, 1109.)

Helyreigazítás.

Az Orv. Hetil. 1983. évi 14. száma FOLYOIRATREFERÁTUMOK rovatában a 847. oldalon a harmadik hasábján közölt referátum címe helyesen: **Glucagonoma-syndroma multihormonalis pancreas-tumor kapcsán.**

A Magyar Infektológiai Társaság 1983. június 2-án, csütörtökön 9.30 órakor, az Országos Közegészségügyi Intézet Fodor József előadótermében (IX., Nagyvárad tér 2.) tudományos ülést tart.

Üléselnök: Bodor György.

Prinz Gyula, Fekete Sándor, Bán Éva, Szabó Zsuzsa (Budapest): Fatális kimenetelű Nocardia meningitis hajassejtes leukaemiás betegben.

Fehér László, Mihály Ilona (Budapest): Enterovírus okozta serous meningitis két testvérben.

Jelenik Zsuzsanna, Káli Gábor (Budapest): Rubeola encephalitis. Vukmirovits György, Juhász Péter, Jankó Mária (Budapest): Meningitis serosa acuta toxoplasma fertőzés következtében.

S z ü n e t

Üléselnök: Korányi György.

Kendrey Gábor, Kovács Margit (Budapest): Májelváltozások veleszületett, generalizált CMV-fertőzésben.

Tóth András, Barna Mária, Bán Éva (Budapest): Giardiasis az infektológiai gyakorlatban.

Biró László (Budapest): Tapasztalataink Naloxonnal shock állapotokban.

Császár Katalin, Kertész Adrienne, Sólyom János, Barna Mária (Budapest): Enterocolitis-Congenitalis adrenal hyperplasia.

Lakos András (Budapest): Fruktóz intolerancia — mint differenciáldiagnosztikai probléma.

A Fővárosi János Kórház Tudományos Bizottsága 1983. június 9-én csütörtökön, délután 14 órakor, a Kórház tantermében tudományos ülést rendez.

Üléselnök: prof. Ihász Mihály.

1. Zolczer László dr.: Az izületi endoprothesisekről.

2. Nyári Tibor dr.: A talus és calcaneus sérülései.

3. Móricz Pál dr.: Beszámoló a Traumatológiai Osztály Idegsebészeti Részlegének öt éves működéséről.

A Fővárosi Korányi Frigyes és Sándor Kórház-Rendelőintézet 1983. június 9-én, csütörtökön, 14 órakor, a II. emeleti tanácsteremben (VII., Alsóerdősor 7.) tudományos ülést tart.

Hermányi István dr., Tamás Gyula dr. jr., Faragó Péter dr.: Hordozható, folyamatosan inzulin adagoló pumpa műtétek körüli alkalmazása diabetes mellitusban szenvedő betegeken.

A Szentesi Városi Kórház-Rendelőintézet Tudományos Bizottsága, a „Kalocsay Kálmán” Eszperantó Egészségügyi Szakcsoport, az Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Városi és Járási Alapszervezete 1983. június 11-én délelőtt 10 órakor, a Kórház előadótermében rendezi a Szentesi Egészségügyi Fórumot.

Üléselnök: Ferenczy Imre dr.

Hivatalos nyelv a magyar és az eszperantó.

1. Lucza János (Szentese), Alpáry Lajos dr. (Szeged), Barna Péter (Szentese): Közúti balesetek a Szentesi Mentőállomás körzetének területén 1981. évben az első ellátás tükrében (magyar).

2. Tóth Csaba dr., Hódi Imre dr., Holman Endre dr. (Szentese): Veseparenchimán végzett műtétek (magyar).

3. Papp Lehel György dr. (Szentese): Égési sebek kezelésének modern módja a Szentesi Városi Kórházban (új módszer, eszperantó).

4. Badó Zoltán dr. (Szentese): Allopasztika: fémek, műanyagok a korszerű helyreállító sebészetben (magyar).

5. Nagymajtényi Emőke dr., prof. Ribáry Ottó (Szeged): Fül-gégbetegség gépjárművezetői alkalmasságáról (magyar).

S z ü n e t

6. Veszelyovszky Iván dr., B. Nagy Zoltán dr. (Szentese): Az amniocentézis és a magzatvíz analízisben rejlő diagnosztikus és terápiás lehetőségek (magyar).

7. Nagy Margit dr. (Szentese): Hogyan mozgatta a sejt a vizet maga körül? (eszperantó).

8. Szentjobbi Aladár (Szentese), Alpáry Lajos dr. (Szeged), Dékány István (Szentese): Gyógyszer-szúci-diumot utánzó CO-mérgezés (magyar).

9. Papp Lehel György dr., Badó Zoltán dr., Tari Gábor dr. (Szentese): Részletes térdpótló műtétek Magyarországon (magyar protézis, magyar).

A Magyar Traumatológiai Társaság Égési Szakosztálya, a Vas megyei Markusovszky Kórház 1983. október 21–22-én Szombathelyen, a Kórház dísztermében tudományos konferenciát rendez „Az égés progresszív ellátása” címmel.

A konferenciával alkalmat kívánunk biztosítani az égések ellátása során felmerülő gyakorlati és elméleti kérdések megvitatására — az első ellátástól a rehabilitációig.

Jelentkezni (jelentkezési űrlapot kérni a szakosztály titkárságán (Budapest, Pf. 1. 1553) lehet.

A Magyar Orvostudományi Társaságok és Egyesületek Szövetségének Elnöksége az 1983. évi tudományos pályadíjakat az alábbiak szerint ítélte oda:

10 000,— Ft-os I. fokozatú díjazásban részesült Dr. Szabó Gyuláné „Édesanyjukat vesztett félárva pszichoszociális fejlődésének javítási lehetősége” és Szűcs Attila dr., Knyihár Erzsébet dr. „Krónikus fájdalom-szindrómák kezelése Vincica alkaloidák iontoforézisével” című munkájuk.

A második díj — az elnökség határozata értelmében — nem került kiosztásra.

5000,— Ft-os III. fokozatú díjazásban részesült: Kaszás Tibor dr.

„A Balaton mellett üdülő gyermekek megbetegedéseinek megelőzési lehetőségei” című munkája.

A pályadíjakat a MOTESZ ez évi küldöttközgyűlésén vették át.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(207/a)

A Heves megyei Tanács Kórház II. sz. Rendelőintézete (Heves Fő út 13. Telefon: 163.) igazgató főorvosa, pályázatot hirdet egy fő csoportvezető (felülvizsgáló) belgyógyász főorvosi állásra.

Személyi alapbér és munkahelyi pótlék, szolgálati időtől függően, megegyezés szerint.

Az állás azonnal elfoglalható.

2 szobás, komfortos szolgálati lakás rendelkezésre áll.

Jeney Zoltán dr.
igazgató főorvos

(216)

Budapest, XXI. kerületi Tanács V. B. Művelődésügyi Egységügyi Sportosztály vezetője (Budapest XXI., Tanács-ház tér 10. 1211) pályázatot hirdet a KJSZ-nél megüresedett EKJF. II. állásra.

A pályázó feladata az ételmezegetésszervezési szakcsoport irányítása és a KJSZ vezetőjének helyettesítése távolléte alatt.

Bérezés 6200,— Ft + 1100,— Ft munkahelyi pótlék.

Szakorvosi képesítés közegészségügyből, vagy szakvizsgához közelálló orvos nyújthatja be a pályázatát.

Kratzl Béláné
osztályvezető

(217)

A Dunaújvárosi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Dunaújváros, Korányi S. u. 4-6.) pályázatot hirdet az újonnan megnyíló rendelőintézetbe 1 fő reumatológus orvosi állásra.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Illetmény kulcsszámnak megfelelően.

Csák Endre dr.
kórház-rendelőintézet
igazgató főorvos

(218)

A Komárom Városi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Komárom, Széchenyi u. 2. 2921) pályázatot hirdet a kórház röntgen osztályán megüresedett szakorvosi állásra.

Orvosházaspár előnyben részesül.
Az álláshoz lakás biztosított.

Szőnyi László dr.
igazgató főorvos

(219)

Orvosi rendelő váróval komplett berendezve kiadó a Lenin körúton 227-873. Sarlós dr.

(220)

Budapest Fővárosi Tanács V. B. Egységügyi Főosztály vezetője (Budapest V., Városház u. 9/11. 1840) pályázatot hirdet a Fővárosi János Kórház-Rendelőintézet II. kerületi Tüdőgondozó Intézetben — nyugdíjazás folytán megüresedett — gondozóintézet vezető főorvosi állásra.

Képesítés és bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EüM—MüM az. együttes utasításban, valamint a 13/1975. sz. rendeletben foglaltak szerint.

A pályázati kérelmet a 19/1978. (EüK 115.) EüM sz. utasításban meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.

A kinevezendő főorvos orvosi magán-gyakorlatot nem folytathat.

Varga Árpád dr.
fővárosi vezető főorvos

(221)

Az Országos Traumatológiai Intézet főigazgatója (Budapest VIII., Baross u. 23-25. 1430) pályázatot hirdet:

- a mozgásszervi sérülések osztályon,
- a központi baleseti ambulancián,
- a központi rehabilitációs osztályon baleseti sebész szakorvosi,
- és az anaesthesiológiai és intenzív terápiás osztályon megüresedett szakorvosi állásokra.

Feladat: részvétel a baleseti betegellátó-gyógyító munkában, a baleseti sérültek rehabilitációja. Bekapcsolódás az intézetben folyó oktató és tudományos munkába.

Illetmény: szakképzettség és munkaviszonytól függő kulcsszám szerint alapbér + 1500,— Ft traumatológiai munkahelyi pótlék. Mozgásszervi sérülések osztályán és az anaesthesiológiai-intenzív terápiás osztályon 10% veszályességi pótlék.

prof. Renner Antal dr.
főigazgatóh.

(222)

A Parád Nagyközségi Közös Tanácsa (Parád, Kossuth út 91.) pályázatot hirdet körzeti orvosi állás betöltésére.

Az állás 1983. június 15-től betölthető. Ellátott terület Parád nagyközség. Szolgálati lakás biztosított. Pályázatokat a fenti címre kérjük.

Kovács Gábor
tanácselnök

(223)

A Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Budapest IX., Nagyvárad tér 1.) pályázatot hirdet — változó munkahellyel —

- 1 tüdőgyógyász szakorvosi,
- 1 pszichiatriai szakorvosi,
- 1 sebész szakorvosi állásra.

Az alkalmazás és bérezés feltételeit a fennálló rendelkezések határozzák meg. Az állások azonnal betölthetők.

Balázs Tamás dr.
főigazgató főorvos

(224)

A Makó városi Tanács Kórház-Rendelőintézet Egység igazgató főorvos (Makó, Kórház u. 2. sz. 6901. Pf. 72) pályázatot hirdet az üres pszichológusi állás betöltésére.

Feltétel: pszichológus képzést végző felsőoktatási intézmény nappali, esti, levelező, vagy kiegészítő szakon pszichológiából pszichológusi oklevelet kapott.

Illetmény: a szolgálati idő figyelembevételével.

A kórház-rendelőintézet szállásán lakást biztosítunk. (Havi 180,— Ft, a térítés).

Máthé Judit dr.
igazgató főorvos

(225)

A Szabolcs-Szatmár megyei Tanács „Jósa András” Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Nyíregyháza, Vörös Hadsereg u. 68.) pályázatot hirdet, a felvételi osztály osztályvezető főorvosi állására.

Feltételek: belgyógyászati szakorvosi képesítés és legalább 16 éves gyakorlat.

Az állás 1983. május 1-től elfoglalható. Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Vágvolgyi János dr.
főigazgató főorvos

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 17 000 példányban

A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató

Telefon: 116-660

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,

a Posta hírlapüzletében és a Posta Központi Hírlap Irodánál

(Budapest V., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)

közvetlenül vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKHI MNB 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámára.

Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/135

Előfizetési díj egy évre 600,— Ft, negyedévre 150,— Ft, egy évszám ára 12,— Ft



83.1358 Tipográfika Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnymomás — Felelős vezető: Szilávik András vezérigazgató

INDEX: 25 674 ISSN 0030-6002

MAGURLIT[®] granulum

CONTRA NEPHROLITHIASIM



CHINOIN
BUDAPEST

ÖSSZETÉTEL: 2 grammos tasakonként 0,008 g Pyridoxinum hydrochloricum, 0,18 g Magnesium citricum, 0,27 g Acidum citricum, 0,7232 g Natrium citricum és 0,794 g Kalium citricum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: A vese- és húgyutakban levő húgysavkő oldására, kimutatott negatív kőárnyék és tartósan savanyú vegyhatású (pH 5,5 alatti) vizelet esetében.

A vese- és húgyutakban húgysavkő megelőzésére:

a) ha a kórelőzményben többször szerepelt húgysavból; vagy húgysav és calciumoxalat keverékéből álló kő ürítése; b) húgysavkő műtéti eltávolítása után, ha a vizelet nem fertőzött.

Adjuvánsként alkalmazható a cystin kőek konzervatív kezeléskor használatos D-penicillamin terapia kiegészítésére.

Emelkedett serumhúgysav-szint esetén allopurinol terápiával kombinálható.

ELLENJAVALLATOK: Fertőzött lúgos vizelet esetében, valamint keringési elégtelenségben a készítmény magas nátrium- és kaliumtartalma miatt.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS: Alkalmazása egyéni megítélés alapján akkor indokolt, ha a kövek húgysavból állnak.

Az átlagos kezdeti adag felnőtteknek naponta 6–8 g három részre elosztva, úgy hogy kora reggel 2 g, délben étkezés után 2 g és késő este 2, vagy 4 g, a 2 g-os tasakok tartalmának összetörés nélküli, folyadékkal való bevitelével. Továbbiakban az adagolást úgy kell beállítani – a csomagoláshoz mellékelt indikátorpapír elszíneződése és színskála naponkénti összehasonlító ellenőrzése mellett –, hogy a szokásos időközönként (reggel, délben, este) a készítmény bevétele előtt ürített friss vizelet vegyhatása pH 6,2–6,7-nél nagyobb ne legyen.

A betegek többségénél a kezdeti átlagos adagok elegendőnek bizonyultak a megfelelő vegyhatás (pH 6,2–6,7) beállításához és tartós eléréséhez.

Mivel az átlagos adagokra nem minden beteg reagál azonos módon, ezért a napi átlagos adagok mennyiségét fokozatosan növeljük, illetve csökkentjük.

A legkedvezőbb hatás elérése csak orvosi ellenőrzés mellett a beteg együttműködésével történhet.

MELLÉKHATÁSOK: Az egyéni túlérzékenység következtében előforduló gasztrointestinalis jellegű panaszok csak átmenetiek, a kezelés megszakítása nélkül is megszűnnek.

CSOMAGOLÁS

200 g granulum 100×2 g-os tasak, indikátorpapír + színskála, dobozban. 16,40 Ft.

MEGJEGYZÉS: ✖ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételtető.

E
GY
TE
GY
TE
GY
TE
GY
T

BRICANYL[®] spray

Antiasthmaticum

HATOANYAG: 100 mg terbutalinum sulfuricum (14 g-os) adagolószelepes palackonként.

JAVALLATOK: Asthma bronchiale, bronchitis chronica, emphysema és tüdő a hörgő-spasmussal járó megbetegedései.

ELLENJAVALLAT: Hyperthyreosis. Tachycardiával járó szívritmus-zavarak.

ADAGOLÁS: A szelep egyszeri megnyomásával 0,25 mg hatóanyagtartalmú permet távozik a palackból. A palack tartalma kb. 400 adag.

Felnőtteknek: naponta 4 × 1–2 belégzés (4 × 0,25–0,50 mg). Két belégzés közötti minimális idő 2 perc.

Gyermekeknek: 5–15 éves korig a készítmény alkalmazása — egyéni érzékenységre való tekintettel — intenzív beállítást igényel. Napi 3–4-szeri belégzés a maximum, csak felnőttek felügyelete mellett alkalmazható.

Az alkalmazás módját a gyógyszer dobozában elhelyezett tájékoztató tartalmazza.

MELLEKHATÁSOK: A szimpatomimetikumokra érzékeny egyéneknek tremor, palpitió fordulhat elő, folyamatos kezelés esetén ezek a tünetek az első héten megszűnnek.

GYÓGYSZER-KÖLCSÖNHATÁSOK:

Tilos együtt adni:

- halogénezett anesztetikumokkal (kardiális arrhythmia);
- MAO-bénítók (hipertóniás krízis);
- adrenalinallal status asthmaticusban;
- béta-receptor-blokkolókkal (egymás hatását antagénizálják);
- kortikoszteroidokkal glaucomában, tartósan (szembelnyomás fokozódása).

Kerülendő az együttadás:

- anyarozs-alkaloidokkal (extrém magas vérnyomásemelkedés);
- egyes antihipertónikumokkal, guanetidin és származékai, reserpin, alfa-metildopa (a hipotenzív hatás csökkenése);
- triciklikus antidepresszánsokkal (szimpatomimetikus aminok hatását fokozhatja), glaucomában együttes adásuk tilos.

Csak óvatosan adagolható:

- digitalisz glükozidokkal (kardiális arrhythmia);
- inzulinallal és orális antidiabetikumokkal (vércukorszint változása).

FIGYELMEZTETES: Adása óvatosságot igényel hipertónia, myocardialis insufficientia esetén. A beteg szimpatomimetikus aminokkal szembeni érzékenysége figyelemmel kell lenni; diabetes mellitusban alkalmazva szükségessé válhat az inzulin vagy orális antidiabetikum adagjának újrabéállítása.

Túladagolás esetén: 1 mg/ml propranolol inj.-ból 0,5–1 ml/perc/max 5 ml/iv.

MEGJEGYZÉS: ✱ Csak vényre adható kl. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

Asthma bronchialeban szenvedő betegeknek a tüdőbeteggondozó, belgyógyászati, gyermekgyógyászati szakrendelés szakorvosa, valamint a belgyógyász, gyermekgyógyász csoportvezető főorvos kórházi javaslata alapján térítésmentesen rendelheti.

CSOMAGOLÁS: 1 palack (14 g) 18,00 Ft.

EgýT

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

E
GY
TE
GY
TE
GY
TE
GY
T